



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**Instituto Politécnico
de Castelo Branco**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

***Delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos: da previsão à prevenção**

Rita Isabel Coelho Pinheiro

Orientação: Professor Doutor João Manuel Galhanas Mendes

Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

***Delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos: da previsão à prevenção**

Rita Isabel Coelho Pinheiro

Orientação: Professor Doutor João Manuel Galhanas Mendes

Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova.”

Mahatma Gandhi



AGRADECIMENTOS

Este foi um percurso de grande esforço pessoal. Mas há conquistas que só ganham sentido se forem partilhadas. Assim, gostaria de agradecer a todos os que, através dos seus contributos, deram cor a este caminho.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional;

A ti, meu amor, um obrigado pela presença, pelo suporte, pela estabilidade emocional e por essa incrível capacidade de me fazer acreditar que sou capaz;

Aos amigos, por compreenderem a minha ausência;

Ao Professor João Mendes e à Professora Maria do Céu Marques, pela orientação e motivação;

Ao Enfermeiro Hélder Godinho, pela colaboração, preocupação e incentivo;

À Enfermeira Maria Manuel Varela pela disponibilidade e estímulo.

Sem dúvida que juntos fomos mais longe, obrigado!



RESUMO

A evolução constante sentida na Enfermagem, exige aos enfermeiros uma aprendizagem contínua, com vista à excelência dos cuidados prestados. A aquisição de novas competências aumenta a capacidade interventiva e a qualidade do desempenho do enfermeiro.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, surge o presente relatório como forma de analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, para adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre. A reflexão feita revelou-se crucial, contribuindo para a consciencialização das competências adquiridas e para a identificação das áreas que necessitam de maior investimento.

O referido estágio contemplou a implementação de uma estratégia de intervenção profissional. Atuou-se no sentido da prevenção do *delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos. Os resultados positivos obtidos, permitem afirmar que se contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competência clínica; *Delirium*.



ABSTRACT

Delirium in intensive care unit patients – from prediction to prevention

The constant evolution, felt in nursing, demands nurses to continuously learn, aiming for the excellence of provided care. Acquiring new competences increases interventive capacity and the quality of nurses performance.

In the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, relating to person in critical situation, arises the present report, as a way to analyze developed activities in the course of the final internship, to acquire the common and specific competences of the specialized and master nurse. The reflection revealed itself crucial, contributing to the awareness of acquired competences and for the identification of the areas that need the biggest investment.

Said internship, contemplated the implementation of a professional intervention strategy, acted upon the prevention of *delirium* in intensive care unit patients. The positive results obtained confirm it has contributed to the improvement of provided care quality and patient safety.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Clinical competence; Delirium.



ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº 1 - Mapa das instalações do HESE-EPE.....	19
Figura nº 2 - Divisão territorial da região	30
Figura nº 3 - Estrutura etária da população em 2016.....	31
Figura nº 4 - <i>Bundle</i> ABCDEF	75
Figura nº 5 - Fluxograma para prevenção de <i>delirium</i> no doente em unidade de cuidados intensivos.....	80
Figura nº 6 - Fluxograma dos doentes incluídos para análise	81



ÍNDICE DE TABELAS

p.

Tabela nº 1 - Evolução dos recursos humanos por grupo profissional..... 20

Tabela nº 2 - Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com a faixa etária..... 24

Tabela nº 3 - Produção realizada por linha de atividade 26

Tabela nº 4 - População residente no Alentejo em 2016 31

Tabela nº 5 - Dados dos doentes incluídos para análise 82

Tabela nº 6 - Características demográficas e clínicas dos doentes incluídos para análise .. 83



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico nº 1 - Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com o nível de formação	24
Gráfico nº 2 - Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com os anos de experiência profissional na UCIP	25
Gráfico nº 3 - Motivo de internamento na UCIP	32
Gráfico nº 4 - Prevalência de <i>delirium</i> nos doentes internados na UCIP	84



ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APACHE-II – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II

BPS – Behavioral Pain Scale

CAM-UCI – Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidade de Cuidados Intensivos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DOI – Digital Object Identifier

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

E-PRE-DELIRIC – Early Prediction of Delirium for Intensive Care patients

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos


HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

máx – máximo

min – mínimo

MRSA – Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina



nº – número

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRE-DELIRIC – Prediction of Delirium for Intensive Care patients

RASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência


UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE GERAL

p.

INTRODUÇÃO.....	15
1. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	18
1.1. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.....	18
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	21
1.2.1. Recursos físicos e materiais	22
1.2.2. Recursos humanos.....	23
1.3. Análise da produção de cuidados.....	25
1.4. Análise da população.....	30
2. ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS.....	33
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS	
ADQUIRIDAS.....	39
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	39
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em	
Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	52
3.3. Competências de Mestre	63
4. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	72



4.1. Fundamentação teórica.....	72
4.2. Objetivos.....	78
4.3. Metodologia	78
4.4. População.....	81
4.5. Resultados.....	82
4.6. Discussão.....	84
4.7. Conclusões	86
 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	 89
 CONCLUSÃO	 91
 BIBLIOGRAFIA	 94



ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio	CXVII
Apêndice B – Escala de Agitação e Sedação de Richmond	CXLV
Apêndice C – Escala de Coma de Glasgow: atualização	CXLVII
Apêndice D – Artigo científico.....	CXLIX

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – <i>Checklist</i> do material de cada unidade.....	CLXXI
Anexo B – <i>Checklist</i> de colocação de cateter venoso central	CLXXIII
Anexo C – Precauções dependentes das vias de transmissão dos microrganismos..	CLXXV
Anexo D – Os 5 momentos da higienização das mãos.....	CLXXVII
Anexo E – Passos a cumprir para uma correta lavagem das mãos	CLXXIX
Anexo F - Método de avaliação da confusão mental para unidade de cuidados intensivos.....	CLXXXI
Anexo G – Proposta de projeto de estágio	CLXXXIII
Anexo H – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora....	CLXXXVI
Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética do HESE-EPE	CXCII
Anexo J – Folha de cálculo do PRE-DELIRIC	CXCVI

INTRODUÇÃO

As constantes alterações sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e, na saúde em particular, resultam em novos desafios para os profissionais (Ribeiro, 2014). Estes desafios incentivam a busca de novos saberes, conduzindo os enfermeiros a uma formação académica especializada como forma de crescimento pessoal e profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011a) salienta que, do enfermeiro especializado espera-se um conhecimento aprofundado num campo específico da enfermagem, através do desenvolvimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão, tornando-se mais capacitado numa determinada área de ação. O enfermeiro especialista assume assim, uma intervenção crucial no seio da equipa multidisciplinar, uma vez que é o profissional que possui um aprofundamento de conhecimentos e competências, num domínio específico da enfermagem.

Coyne et al. (2018) dizem-nos que o desenvolvimento de competências na área da saúde é crucial para uma prática segura. Como forma de alcançar as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) e as competências de mestre, surge o Estágio Final. Este aspeto vai de encontro ao defendido por Novo (2011), quando nos diz que, o ensino clínico representa um espaço importante de aquisição dos saberes e desenvolvimento de competências de Enfermagem, pelos contactos que proporciona com a realidade, os quais permitem uma análise reflexiva e o desenvolvimento de competências de carácter científico, técnico e humano.


O Estágio Final desenrolou-se de 18 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018, entre a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) (304 horas) e o Serviço de Urgência (SU) (32 horas) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), Entidade Pública Empresarial (EPE). O presente Relatório de Estágio é referente ao Estágio Final, está inserido na unidade curricular Relatório do 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação, e foi orientado pelo Professor Doutor João Manuel Galhanas Mendes e pela Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques. Este Relatório será alvo de discussão

pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, onde fica explícito que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (2016, p. 3176).

Na área da segurança e qualidade de vida, a linha de investigação definida para a Enfermagem Médico-Cirúrgica do Mestrado em Enfermagem em Associação, definiu-se uma estratégia de intervenção profissional relacionada com o *delirium* no doente em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), intitulada “*Delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos – da previsão à prevenção”. Barman et al. (2018) dizem-nos que o *delirium* é uma manifestação comum de disfunção cerebral aguda no doente crítico, com graves consequências. Assim, compete ao EEEPSC, o qual cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (OE, 2011b), intervir ao nível da prevenção desta disfunção.

Com a realização do Relatório de Estágio, pretende-se analisar, de forma crítico-reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso; identificar as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEPSC e as competências de mestre, que foram adquiridas com a realização do Estágio Final; dar resposta ao elemento de avaliação curricular.

Este trabalho está estruturado em diferentes partes, respeitando as indicações patentes no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, fornecido pelo Diretor de Curso. Assim, após a introdução encontra-se a apreciação do contexto onde o Estágio Final se desenvolveu, seguindo-se a análise crítica dos principais objetivos a alcançar. Passa-se à avaliação das diferentes competências, mediante a análise crítica das atividades desenvolvidas e a sua fundamentação com evidência científica. De seguida é explorada a estratégia de intervenção profissional desenvolvida na área do *delirium* no doente em UCI e apresentado o processo de avaliação e controlo feito ao longo do Estágio Final. Finaliza-se com uma conclusão, seguida da bibliografia. Da estrutura deste trabalho fazem ainda parte quatro apêndices e dez anexos.



Ao longo do presente documento é seguida a Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association – 6ª edição e utilizado o novo acordo ortográfico português em vigor.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo é feita uma caracterização da instituição e do serviço onde foi realizado o Estágio Final, com destaque para os recursos físicos, materiais e humanos disponíveis, assim como para os cuidados produzidos e a sua população alvo. Tudo isto, com o objetivo de contextualizar as intervenções desenvolvidas.

1.1. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

O HESE-EPE serve a população do Alentejo há mais de 500 anos. Durante este período temporal teve designações como Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia e, após o 25 de abril de 1974, como Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora. No ano de 1996 retomou o nome de Hospital do Espírito Santo, sendo EPE desde 2007 (Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro). No ano seguinte, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central (Portaria n.º 117/2008 de 6 de fevereiro).

Consultando o último Regulamento Interno do HESE-EPE disponível (HESE-EPE, 2015a), verificamos que este é um hospital público geral, da Região Alentejo, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde, que tem como missão a “prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (p. 1). Rege-se por valores como “o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, a excelência técnica, a cultura da melhor gestão, o respeito pelas normas ambientais, a promoção da qualidade, a ética, integridade e transparência, a motivação e o trabalho de equipa” (p. 2).

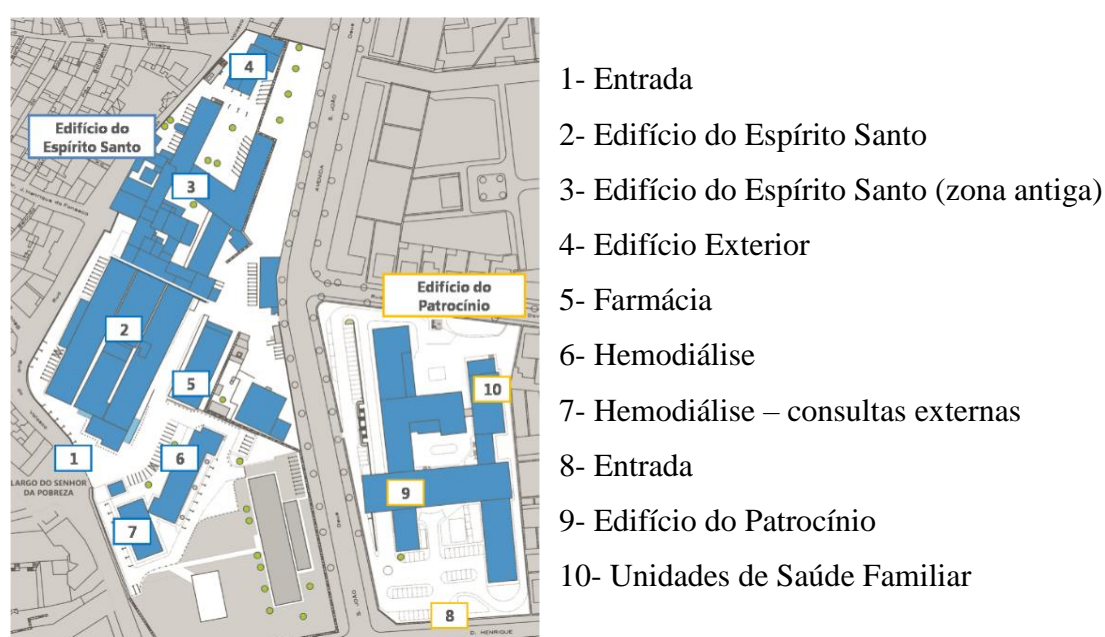
No documento supracitado, pode-se ler que é pretendido que o HESE-EPE seja “uma unidade de saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Diferenciação Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional” (HESE-EPE, 2015a, p. 2). Ambiciona-se também, “uma clara articulação com os outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários, desempenhando o papel de Hospital Central do Alentejo” (HESE-EPE,

2015a, p. 2). Por fim, é desejado, a médio prazo, “o alcance do estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica” (HESE-EPE, 2015a, p. 2).

Tendo por base o acima descrito, o HESE-EPE tem como objetivos, “contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o sector social e privado; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar a eficiência técnica e económica; melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços; melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; valorizar o capital humano; otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação” (HESE-EPE, 2015a, p. 2).

As instalações do HESE-EPE encontram-se divididas em 2 edifícios principais, o edifício do Espírito Santo e o edifício do Patrocínio. No edifício do Espírito Santo funcionam a maioria dos serviços de internamento, a urgência geral e pediátrica, o bloco operatório, o serviço de patologia clínica e de imagiologia, entre outros. Já no edifício do Patrocínio, destacam-se os internamentos das medecinas e psiquiatria, as consultas externas, a unidade de radioterapia e a oncologia. Em edifícios anexos a estes, funcionam os serviços de nefrologia, de anatomia patológica, de segurança e saúde no trabalho e farmacêuticos. Isto está patente na Figura nº 1.

Figura nº 1 - Mapa das instalações do HESE-EPE



Fonte: HESE-EPE, 2018

A atividade hospitalar centra-se no internamento, consultas externas, urgência, hospital de dia (pediatria e oncologia) e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. De acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2018), o HESE-EPE presta cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo, nomeadamente, na área da pneumologia, neonatologia, imunoalergologia, pedopsiquiatria, hematologia, cirurgia plástica, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, imunohemoterapia, anatomia patológica, nefrologia, gastroenterologia, patologia clínica, oncologia, radioterapia e hemodinâmica.

De acordo com o Plano de Atividades & Orçamento do HESE-EPE para o ano de 2016 (HESE-EPE, 2016), os enfermeiros são o grupo profissional com maior número de elementos na instituição, o qual tem vindo a aumentar gradualmente nos últimos anos. Isto é visível na Tabela nº 1.

Tabela nº 1 - Evolução dos recursos humanos por grupo profissional

Grupo Profissional	2014	2015	2016
Dirigente Superior	4	4	4
Dirigente Intermédio	11	10	11
Técnico Superior	35	38	52
Assistente Técnico	145	146	152
Assistente operacional	328	328	342
Informático	7	7	7
Educ. Infância	3	3	3
Médico	268	277	326
Enfermeiro	459	470	490
Téc. Diagnóstico e Terapêutica	116	124	131
Técnico Superior de Saúde	5	5	4
Total	1.381	1.412	1.522

Fonte: HESE-EPE, 2016

1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

As UCI são unidades hospitalares onde se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou presente, potencialmente reversível (Ministério da Saúde, 2013a). Estas unidades são classificadas em três níveis pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. De acordo com esta classificação, a UCIP do HESE-EPE é considerada uma unidade de nível II pois tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, embora, de modo ocasional ou permanente, não consiga garantir o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica...), tendo necessidade de se articular com unidades de nível superior (OE, 2014). Para uma UCI de nível II é recomendado um rácio enfermeiro/doente de 1/1.6 (OE, 2014).

A UCIP iniciou a sua atividade em fevereiro de 1994, estando integrada no departamento de urgência/emergência do HESE-EPE.

Ao consultar-se o Manual de Enfermagem da UCIP, vimos que esta pretende ser reconhecida por providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantido padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos. Neste contexto, podem-se integrar os cuidados da preservação da vida humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, em situações clínicas que sejam potencialmente reversíveis. Quando tal não acontece, e durante o processo de tratamento se verifica uma irreversibilidade da situação optando-se pela não implementação de medidas de suporte, a missão desta unidade traduz-se em oferecer ao doente uma morte sem sofrimento e cuidados de conforto aos seus familiares. Àqueles que apresentam uma evolução favorável, tenta-se providenciar cuidados especializados de reabilitação, de modo a dar início a um processo de recuperação. Outro dos objetivos da UCIP, prende-se com a elaboração e implementação de sistemas que permitam melhorar a assistência ao doente crítico fora do serviço. Não menos importante, e também de realçar, temos a motivação que se transmite para que sejam explorados caminhos através da formação contínua para a prevenção do desenvolvimento da doença crítica e, ao mesmo tempo, propiciar a formação pós-graduada em cuidados intensivos.

A UCIP apresenta como áreas de atuação a monitorização hemodinâmica, a ventilação, as técnicas de substituição da função renal, a analgesia e sedação, a nutrição, o controlo da infeção, a avaliação e melhoria contínua da qualidade, a humanização, a consulta externa e a formação pós-graduada em cuidados intensivos.

1.2.1. Recursos físicos e materiais

A UCIP localiza-se no 2º andar do edifício do Espírito Santo, apresentando uma fácil acessibilidade ao SU e bloco operatório. Trata-se de uma unidade do tipo aberto, com uma lotação de cinco camas, incluindo-se uma delas num quarto isolado. Como dependências funcionais apresenta uma sala de trabalho, na qual se encontra todo o stock de farmácia, bancadas de trabalho para preparação de medicação, lavatório para lavagem de material, para além de outro material de consumo clínico necessário à preparação de terapêutica; uma sala de despejos/sujos onde se encontram os resíduos hospitalares, roupa suja, stock de material de limpeza assim como de outros produtos de desinfeção, arrumação e limpeza de arrastadeiras e urinóis; um sanitário; uma copa; uma sala onde se encontra diverso material de consumo clínico; um gabinete único de pessoal médico e de enfermagem; armários de parede onde se armazena a roupa limpa e os materiais esterilizados; uma zona com bancada e cadeiras, que funciona como posto de observação dos doentes pelo pessoal de enfermagem e onde se realizam os registos dos cuidados prestados; um vestiário de todo o pessoal adstrito ao serviço; uma sala para receção dos familiares, onde são fornecidas as informações sobre a situação clínica dos diferentes doentes; uma zona junto à porta de entrada com cadeiras para os familiares dos doentes e outros visitantes da UCIP.

Na UCIP existe uma vasta panóplia de *devices*, necessários à abordagem dos diferentes doentes críticos que lá são internados. Assim, junto a cada uma das cinco camas está disponível o material considerado necessário para a prestação de cuidados, o qual é visível na *checklist* criada para facilitar a reposição dos mesmos, sempre que necessário (Anexo A). Para além deste material, é de destacar que, a UCIP está também equipada com um carro de emergência; cinco monitores cardíacos; um monitor desfibrilhador; equipamento para monitorização hemodinâmica; material esterilizado necessário à execução dos diferentes procedimentos; rampas de oxigénio e de aspiração; seis balas de oxigénio; um tabuleiro com

o material necessário para a entubação traqueal; frigorífico de medicação; aparelho de gasimetrias; duas máquinas para técnicas dialíticas contínuas; uma máquina para técnicas dialíticas intermitentes; um dispositivo de ventilação não invasiva; um dispositivo para oxigenação por cânula nasal de alto fluxo; três dispositivos para compressão pneumática intermitente dos membros inferiores, entre outros.

1.2.2. Recursos humanos

A equipa multidisciplinar da UCIP é composta por quatro médicos a tempo inteiro e dois a tempo parcial, vinte e dois enfermeiros e seis assistentes operacionais. Considera-se pertinente fazer uma breve caracterização da equipa de enfermagem pois esta é preponderante na concretização deste estágio assim como na implementação das diferentes intervenções planeadas. Neste sentido, os seus elementos foram caracterizados quanto à faixa etária (Tabela nº 2), formação (título de enfermeiro especialista e grau académico de mestre) (Gráfico nº 1) e anos de experiência profissional na UCIP (Gráfico nº 2). Após a análise dos resultados podem-se tirar as seguintes conclusões:

- A maioria da equipa de enfermagem centra-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos;
- As faixas etárias entre os 20-29 anos e os 50-59 anos são as que apresentam um menor número de elementos;
- Metade da equipa de enfermagem possui o título de especialista (nove em enfermagem médico-cirúrgica e dois em enfermagem de reabilitação);
- Três dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica continuaram a sua formação, possuindo atualmente o grau académico de mestre;
- Quatro dos enfermeiros da equipa estão, neste momento, a frequentar um curso de mestrado (um em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, um em enfermagem de reabilitação e dois na área da gestão);
- A maioria dos elementos da equipa de enfermagem exerce funções na UCIP há mais de dez anos;
- Existem alguns elementos (cerca de 29% da equipa de enfermagem) com menos de cinco anos de exercício profissional na UCIP.

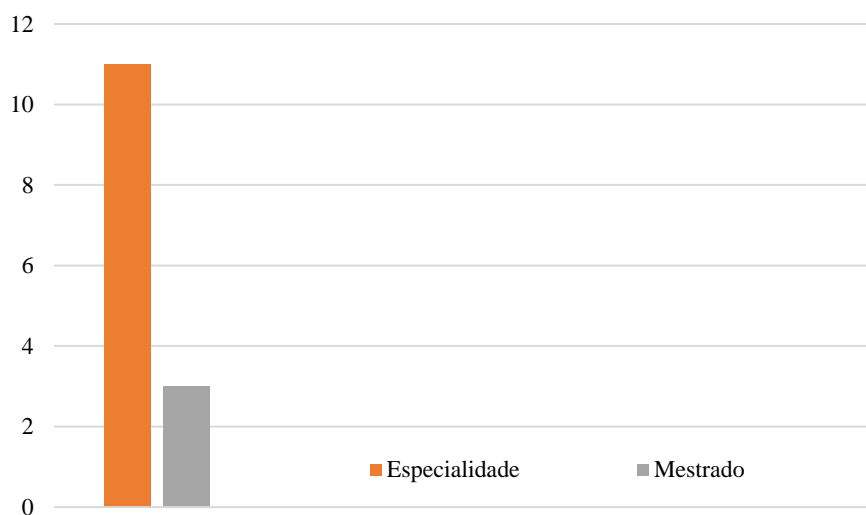
Em suma, pode-se afirmar que, no geral, a equipa de enfermagem da UCIP é constituída por profissionais experientes na área do doente crítico, os quais têm investido no seu processo de formação contínua. Este é um aspeto fundamental para a prestação de cuidados diferenciados e para a melhoria da qualidade dos mesmos.

Tabela nº 2 - Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com a faixa etária

Faixa etária	Nº de elementos	%
[20-29]	1	4,5
[30-39]	13	59
[40-49]	7	32
[50-59]	1	4,5

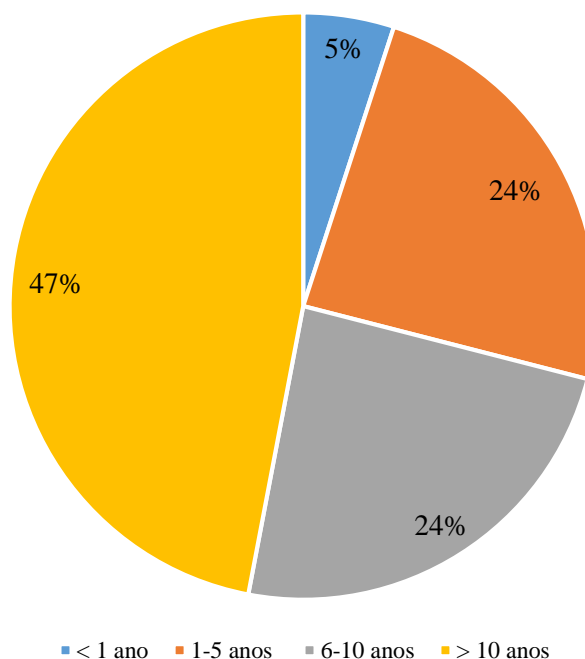
Fonte: próprio

Gráfico nº 1 - Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com o nível de formação



Fonte: próprio

Gráfico nº 2 - Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com os anos de experiência profissional na UCIP



Fonte: próprio

1.3. Análise da produção de cuidados

Tendo por base o Relatório de Gestão do HESE-EPE relativo ao ano de 2014 (HESE-EPE, 2015b), o último disponível, houve uma evolução positiva em algumas linhas de produção como no aumento da atividade da consulta externa. No âmbito da cirurgia de ambulatório e do internamento também se verificou um crescimento considerável. Tudo isto está espelhado na Tabela nº 3.

Tabela nº 3 - Produção realizada por linha de atividade

Produção	2013	2014	Contratado
GDH Internamento			
GDH Médicos	7.711	7.909	7.881
GDH Cirúrgicos	5.004	4.812	5.135
Consultas Externas	199.265	209.608	205.963
Urgência (atendimentos)	71.727	73.242	70.909
GDH de Ambulatório			
GDH Médicos de Ambulatório	5.937	5.705	6.703
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	4.842	5.162	5.005

GDH = Grupos de Diagnósticos Homogêneos

Fonte: HESE-EPE, 2015b

Ao nível dos indicadores de acesso, no ano de 2014, o HESE-EPE não apresentou a habitual boa execução em termos de demora média e da percentagem de primeiras consultas. No que diz respeito à taxa de ocupação, fixou-se em 73%, no ano acima referido. Esta percentagem relativamente baixa, prendeu-se com a reduzida taxa de ocupação do serviço de obstetrícia e de psiquiatria, pois as unidades de internamento médico e cirúrgico ultrapassaram os 85% (HESE-EPE, 2015b).

Consultando o documento supracitado, obtém-se diferentes dados sobre a produção de cuidados. Verificou-se um aumento do número de cirurgias de ambulatório em contraponto com uma redução da atividade cirúrgica realizada em regime convencional, o que constituiu uma meta alcançada. Houve um aumento do número de consultas externas devido à abertura de novas especialidades como a cirurgia vascular. As consultas não-médicas (enfermagem, psicologia clínica e dietética) cresceram 8.3% no ano de 2014, o que revelou uma preocupação com a qualidade dos serviços prestados e um acompanhamento mais próximo dos doentes por parte dos profissionais desta área. O número de atendimentos no SU sofreu um discreto aumento (2.1%). Houve um crescimento assinalável na produção de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (9.3%) que, como auxiliares das linhas de produção principais, acompanharam o seu crescimento (HESE-EPE, 2015b).

A limitação na contratação de pessoal médico e de enfermagem, é apontada como a principal dificuldade à melhoria dos resultados obtidos ao nível da produção de cuidados (HESE-EPE, 2015b). Apesar disto, em janeiro de 2018, o HESE-EPE é reconhecido como o Hospital no Alentejo que cumpre com o maior número de parâmetros de qualidade

exigidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nomeadamente nas áreas da excelência clínica, segurança do doente, instalações e conforto, focalização no utente e satisfação do utente (ERS, 2018).

No caso específico da UCIP, para auxiliar a análise da produção de cuidados, foram consultados os dados estatísticos do ano de 2016, os últimos que se encontram disponíveis. Assim, durante o referido ano, foram admitidos 212 doentes na UCIP, os quais tiveram uma média de 6.58 dias de internamento, valor mais baixo que em anos anteriores. A taxa de ocupação foi de 75.87%, muito semelhante à média nacional apresentada no Relatório de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos (Ministério da Saúde, 2013a), onde o valor foi de 75.6%. A taxa de ocupação ideal está preconizada entre os 75 e os 80%, pois taxas mais elevadas estão associadas a recusas de internamento por falta de vagas (Ministério da Saúde, 2013a). Apesar disto, e tendo em conta os dados existentes, foram transferidos 35 doentes para outros hospitais por ausência de vagas na UCIP (UCIP, 2017).

Em relação à ventilação mecânica invasiva, houve uma diminuição significativa do tempo médio de ventilação, de 5.7 dias em 2014 para 4.9 dias em 2016. Um número elevado de doentes (cerca de 76%) necessitou de ventilação mecânica invasiva nas primeiras 24 horas de estadia na UCIP, realidade semelhante aos anos anteriores. Foram efetuadas treze traqueostomias percutâneas na UCIP, quase sempre em doentes que necessitaram de períodos prolongados de ventilação devido à sua situação clínica. Manteve-se a boa prática de verificação frequente da capacidade de autonomização dos doentes, o mais precocemente possível, através da utilização racional dos sedativos. Dos doentes admitidos, três foram sujeitos, exclusivamente, a ventilação mecânica não invasiva e trinta e seis doentes não foram submetidos a qualquer tipo de ventilação mecânica (UCIP, 2017).

Na área das técnicas dialíticas, verificou-se um aumento do número de doentes com necessidade de instituição de técnicas substitutivas da função renal em relação ao ano anterior, particularmente no que se refere às técnicas contínuas (UCIP, 2017).


A taxa de mortalidade dos doentes admitidos na UCIP foi de 34.3%, um dos valores mais baixos dos últimos anos. É de salientar que, para este valor, contribuíram dois doentes

admitidos para doação de órgãos, atividade muito valorizada na UCIP, embora pouco frequente (UCIP, 2017).

Em termos de infecção nosocomial, houve um aumento no número de pneumonias associadas à intubação, com uma taxa de 18.5 por 1000 dias de entubação traqueal, a mais elevada dos últimos sete anos e um pouco acima do padrão recomendado (18 ocorrências por 1000 dias de ventilação). Quanto à bacteriemia associada ao cateter venoso central, verificou-se uma taxa de 0 ocorrências (o padrão recomendado é de 4 ocorrências por 1000 dias de cateter venoso central), o que é bastante positivo e prova a mais-valia da *checklist* adotada para o efeito (Anexo B). Em relação à infecção urinária, constatou-se um aumento significativo das ocorrências com uma taxa de 4.3 por 1000 dias de cateterização vesical (no ano de 2015 tinha sido de 1.4 ocorrências por 1000 dias de cateterização vesical) (UCIP, 2017). Apesar deste aumento, os valores ainda se encontram contemplados no padrão recomendado que é de 6 casos por 1000 dias de cateterização vesical.

A taxa de reintubação traqueal não programada até às 48 horas, após uma extubação programada, foi de 5%. O padrão para este indicador é de uma taxa $< 12\%$, pelo que o resultado obtido na UCIP se encontra dentro do valor recomendado. No que diz respeito à extubação não programada, registou-se uma taxa de 5.7 ocorrências por 1000 dias de entubação traqueal. Este valor está abrangido pelo padrão internacionalmente aceite, que é de 15 ocorrências por 1000 dias de entubação traqueal. Quanto ao reinternamento na UCIP, houve um aumento do reinternamento nas 48 horas seguintes, face ao ano anterior (de 1% para 2%), mas ainda dentro do valor padronizado para este indicador ($< 4\%$) (UCIP, 2017).

No âmbito do *delirium*, a taxa de prevalência num período de tempo igual ao do Estágio Final, no ano de 2016, foi de 38.1%, ligeiramente inferior à obtida em 2015 (42.9%) no mesmo espaço temporal (UCIP, 2017). O valor *standart* deste indicador é de 90%, mas encontra-se definido apenas para os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva por mais de 48h. Os resultados conseguidos na UCIP não são referentes apenas a essa população, pelo que não se consegue fazer um enquadramento correto com o valor recomendado para este indicador de qualidade.



Os valores *standart* apresentados para os indicadores de qualidade analisados, são recomendados pela Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronárias (2011), os quais são internacionalmente aceites.

A qualidade dos cuidados prestados é uma ambição constante na UCIP. Tendo por base este princípio, a prática diária é suportada em pilares como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos) e o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Os enfermeiros da equipa com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, são ainda norteados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

No que diz respeito à organização diária dos cuidados de enfermagem, existem três turnos de oito horas, cada um composto por três enfermeiros. Sempre que possível o turno da manhã é assegurado por um maior número de elementos. Assim, existe um rácio enfermeiro/doente de 1/2 e, por vezes, de 1/1, o que está dentro do recomendado para uma unidade de nível II (OE, 2014) como a UCIP do HESE-EPE. Em cada turno existe um elemento com funções de responsável de turno, o qual é determinado pela categoria profissional e pelo tempo de exercício profissional no serviço. Paralelamente a isto, durante o turno da manhã está presente a enfermeira responsável do serviço. Em termos de método de trabalho, na UCIP, está implementado o método individual.

Como descrito anteriormente, numa UCI, são prestados cuidados a doentes em situação crítica e/ou falência multiorgânica. Assim, o enfermeiro que assegura a prestação de cuidados a estes doentes deve ter um elevado nível de competências, de forma a prestar cuidados altamente qualificados para dar resposta às necessidades existentes, manter as funções básicas de vida e prevenir complicações (OE, 2011b). Neste sentido, o elemento responsável de turno, sempre que possível, é um enfermeiro especialista (existem turnos em que nenhum dos três enfermeiros é especialista), a quem são reconhecidas competências no domínio profissional, ético e legal, assim como na gestão de recursos humanos e materiais, com vista a atingir a excelência dos cuidados (OE, 2011b).

1.4. Análise da população

A área de influência direta do HESE-EPE é o Distrito de Évora (Figura nº 2), que coincide com o território correspondente ao Alentejo Central. Em termos de influência indireta são incluídos os Concelhos do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral. Assim, estão abrangidos 478 110 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2017), conforme patente na Tabela nº 4.

Na Figura nº 3 é visível que, a percentagem de população idosa desta região é superior à do país. Este envelhecimento populacional representa um desafio para as instituições de saúde pois está-se perante uma população alvo mais dependente, com mais co-morbilidades associadas.

Figura nº 2 - Divisão territorial da região



NUTS = Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

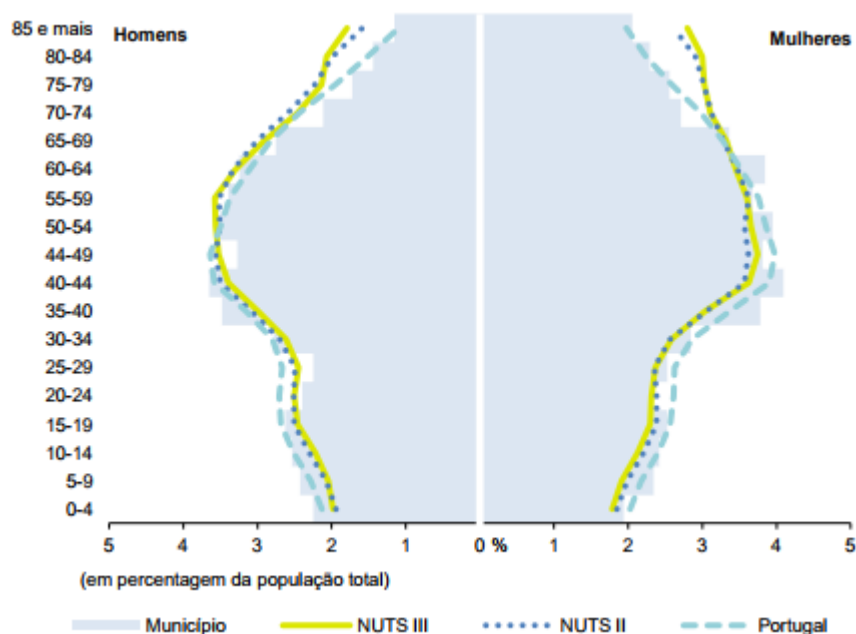
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2017

Tabela nº 4 - População residente no Alentejo em 2016

<u>Região</u>	<u>Número de habitantes</u>
Alentejo	478 110
Alentejo Central	156 207
Alto Alentejo	108 588
Baixo Alentejo	119 024
Alentejo Litoral	94 291

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2017

Figura nº 3 - Estrutura etária da população em 2016



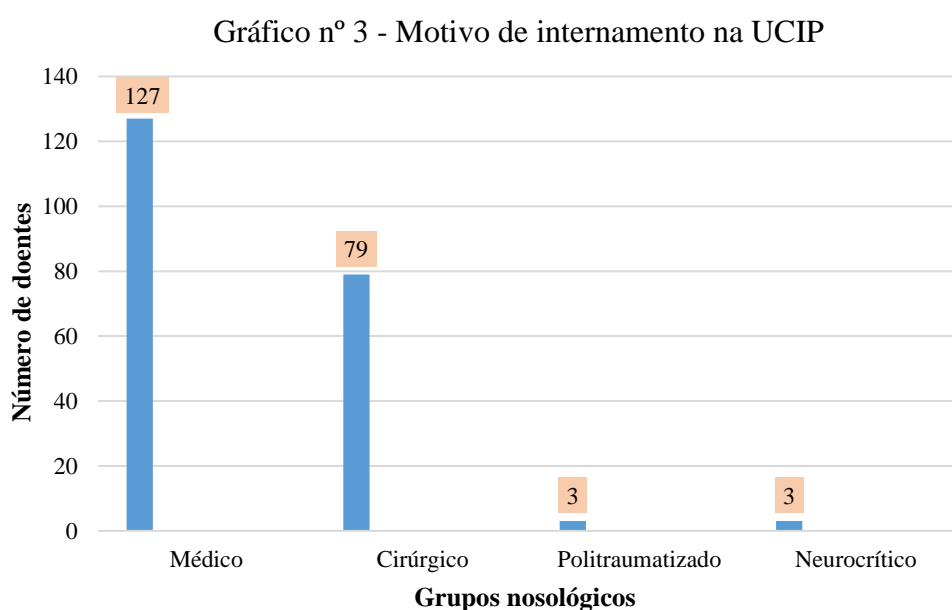
NUTS = Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2017

No que diz respeito à UCIP, o seu alvo de cuidados é a pessoa em situação crítica, que é definida como a pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p. 8656). O objetivo principal é prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, criar condições para tratar a patologia subjacente, e assim, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Ministério da Saúde, 2013a).

Consultando os dados estatísticos da UCIP relativos ao ano de 2016 (UCIP, 2017), constata-se que foram admitidos 212 doentes, representando um aumento de 23.1% face ao ano anterior. Grande parte destes doentes eram do sexo masculino (61.8%) e a média de idades foi de 66.6 anos, sendo que 26% tinham uma idade superior a 80 anos. A maioria foi proveniente do SU, com 47% (30.1% do serviço de observação e 16.9% da sala de emergência). 19.1% dos doentes foram oriundos do bloco operatório, 10.8% da unidade de cuidados cirúrgicos intermédios, 9.9% dos serviços de medicina, 8% da unidade de angiografia digital e cardiologia de intervenção e 5.2% de outros hospitais. Este último dado permite afirmar que o número de doentes admitidos de outros hospitais é bastante pequeno para um Hospital Central. O facto da UCIP ser composta apenas por 5 camas é o motivo apontado para tal (UCIP, 2017).

Relativamente ao motivo de internamento, a causa médica foi a dominante (Gráfico nº 3). Dentro desta área estão incluídos os doentes do foro coronário, cujo número tem vindo a aumentar pois a UCIP dá suporte às intervenções realizadas na unidade de angiografia digital e cardiologia de intervenção. Verifica-se também um aumento dos doentes cirúrgicos face a anos anteriores, o que reflete a ampliação da atividade cirúrgica em doentes mais idosos e com mais patologias associadas. O número de doentes politraumatizados e neurocríticos é bastante pequeno, uma vez que o hospital continua a não ter condições para garantir uma abordagem completa a estes doentes.



Fonte: UCIP (2017)


2. ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS

O processo de formação é algo dinâmico e contínuo, sendo fundamental identificar necessidades e definir objetivos a atingir. De acordo com Birzea (1986, p. 17), “objectivos de aprendizagem são objectivos de uma situação concreta de aprendizagem, de uma determinada unidade de conteúdo e de um certo tipo de profissional”. Segundo Tavares (1990), os objetivos devem ser precisos, delimitados, praticáveis e fornecer informações úteis, normas e critérios às atividades posteriores. Já Imperatori e Giraldes (1993) defendem que um objetivo é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível.

Perante o acima descrito e a análise do contexto efetuada no capítulo anterior, definiram-se dois objetivos principais, os quais já tinham sido mencionados no projeto de estágio (Apêndice A) realizado no início do Estágio Final. Assim, foi delineado um objetivo a atingir, para o Estágio Final em geral (adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEPSC e as competências de mestre), e um a atingir com a população com que se vai intervir (reduzir a taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP). Com isto, tenciona-se ir de encontro aos objetivos gerais definidos para este Mestrado em Enfermagem (desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde; capacitar para a governação clínica; contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada).

Adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEPSC e as Competências de Mestre

A complexidade inerente ao processo de saúde/doença, exige ao enfermeiro, um nível de competências e conhecimentos cada vez mais profundo e consolidado. Perante a necessidade de prestar cuidados mais especializados, diferenciados, de qualidade e com maior segurança, surgem as diferentes áreas de especialização em Enfermagem. Com isto, o enfermeiro fica capacitado com um maior número de competências para cuidar dos doentes nas diferentes fases da sua vida.



Costa (2010) define competência como o conjunto de conhecimentos e capacidades de um indivíduo, as quais são mobilizadas aquando da necessidade de solucionar um problema. A aquisição de competências por parte do profissional permite evidenciar qualidade no seu desempenho (Camelo & Angerami, 2013).

Serrano, Costa e Costa (2011) dizem-nos que, a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho são uma constante na nossa sociedade. Neste âmbito, os mesmos autores defendem que, os enfermeiros funcionam como atores no processo de mudança e os contextos como um imperativo ao desenvolvimento de competências. Isto significa que, cabe ao enfermeiro inserir-se em processos de aprendizagem e formação contínua, por forma a dar resposta às necessidades do indivíduo e família. Assim, o profissional cria estratégias de melhoria do seu desempenho, indo de encontro ao defendido por Dias (2004), quando diz que a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização).

Tendo por base Benner (2001), a prática de enfermagem envolve competências e responsabilidade que devem ser adquiridas na formação inicial do enfermeiro, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional, fazendo um percurso de iniciado a perito. Entre estes dois níveis passa por iniciante avançado, competente e proficiente. É nesta trajetória que se insere a aquisição de competências de enfermeiro especialista. Segundo a OE

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (2011a, p. 8648).

Com isto, considera-se que o enfermeiro especialista tem uma intervenção fulcral no seio de uma equipa multidisciplinar.

No caso específico dos cuidados intensivos, está subjacente a prestação de cuidados a doentes em estado crítico, com quadros de falência multiorgânica, risco de vida elevado e situações clínicas que podem alterar a cada segundo (Maharjan, Shah, Bajracharya & Shrestha, 2017). Associado a isto, a evolução da medicina e da tecnologia, fez com que, cada vez mais, sejam internados em cuidados intensivos doentes com patologias mais avançadas

e complexas (Lee, Ong, Thong & Ng, 2018). Assim, exige-se rapidez e eficácia aos profissionais que desempenham funções neste ambiente.

Corroborando com esta linha de pensamento, a OE diz-nos que

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (2011b, p. 8656)

Assim, o enfermeiro cujas intervenções têm como alvo o doente crítico, deve construir o seu percurso profissional no sentido de colmatar as lacunas que possui e, consequentemente, adquirir novas competências que lhe permitam melhorar o seu desempenho profissional.

Em relação às competências de mestre, considera-se que este estágio surge como um elemento preponderante na sua aquisição, tendo em conta as atividades que nele se desenvolvem. Esta afirmação é suportada pelo que está patente no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016), quando em anexo, faz republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Neste Decreto-Lei, está explícito que o grau de mestre deve ser atribuído a quem possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que os consiga desenvolver e aprofundar, aplicando-os em situações novas e não familiares; capacidade para lidar com questões complexas, encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada, incluindo a capacidade de reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes dessas soluções e juízos; capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades; competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de uma forma auto-orientada e autónoma.

No n.º 4 do Artigo 18.º do Decreto-Lei acima mencionado, é referido que “o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (Ministério da Ciência,

Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3175). No caso específico da Enfermagem, em complemento com as competências de enfermeiro especialista, um Mestre deve possuir um conhecimento mais profundo de terminado domínio.

É ainda de salientar que, a aquisição de competências só é possível com o estabelecimento de uma ligação entre a teoria e a prática, associado a um processo de reflexão. Há que transpor o conhecimento existente para as diferentes experiências práticas e posteriormente refletir sobre elas, pois só assim se consegue ampliar o leque de saberes prévio e evoluir enquanto pessoa e profissional.

Considera-se fundamental o adquirir de novas competências com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e à segurança do doente. Com o intuito de alcançar as diferentes competências foram definidas várias atividades no projeto de estágio inicialmente realizado (Apêndice A). A análise crítica destas atividades está espelhada no capítulo 3.

Perante tudo isto, pode-se afirmar que este é um objetivo com bastante pertinência no desenrolar do Estágio Final, preconizando-se este, como um período fulcral na aquisição das competências de enfermeiro especialista e de mestre.

Reduzir a taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição, da American Psychiatric Association (2013) refere que o *delirium* é caracterizado pela perturbação da atenção, da consciência e da cognição, salientando ainda que, a sua prevalência em doentes internados em UCI pode atingir os 87%. A presença de *delirium* leva a um aumento dos dias de internamento, do tempo de ventilação mecânica, dos custos, da mortalidade e a um compromisso cognitivo e funcional a longo prazo (Hickin, White & Knopp-Sihota, 2017; Smith & Grami, 2017). Perante tudo isto, torna-se crucial prevenir o desenvolvimento de *delirium*.

Na UCIP, o tratamento desta perturbação é algo no qual já se intervém, no entanto, a sua prevenção ainda constitui uma lacuna. Assim, sendo esta uma necessidade do serviço e uma área de interesse do profissional, o Estágio Final surge como o período adequado para


desenvolver uma estratégia de intervenção neste âmbito, a qual vai ser explorada em detalhe no capítulo 4. Paralelamente a isto, atualmente, a taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP, está definida como um dos indicadores de qualidade do serviço.

Sabendo-se que, por um lado, as problemáticas de saúde são cada vez mais complexas e, por outro lado, existe uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o EEEPSC assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade (OE, 2015a). Tendo em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, os enunciados descritivos onde esta intervenção se enquadra são, essencialmente, a promoção da saúde e a prevenção de complicações (OE, 2015a).

Esta estratégia de intervenção profissional insere-se na área da segurança e qualidade de vida, a linha de investigação definida para a Enfermagem Médico-Cirúrgica do Mestrado em Enfermagem em Associação.

A segurança do doente é de extrema importância nos cuidados de saúde (Burström, Letterstål, Engström, Berglund, & Enlund, 2014). Sem dúvida que, atualmente, esta é uma área com grande destaque quer ao nível da gestão em saúde quer ao nível da prática diária. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) defende a segurança do doente como um elemento fundamental na qualidade dos cuidados e no aprimoramento do desempenho dos profissionais de saúde. Por seu lado, a Direção-Geral da Saúde (DGS) define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (2011, p.14). É neste sentido que se enquadra esta intervenção no âmbito da prevenção do *delirium* pois, com ela, pretende-se reduzir a prevalência desta perturbação tão comum em doentes internados em cuidados intensivos. Com esta abordagem do problema, pretende-se evitar alguns casos de *delirium*, os quais ocorreriam se não houvesse qualquer tipo de intervenção. Esta tentativa de melhoria dos cuidados representa um contributo para a segurança do doente.

A qualidade de vida, segundo Correia, F. (2012), é um fator multidimensional que engloba todos os aspetos da vida de uma pessoa. Foi a partir do final do século XX, que o conceito de qualidade de vida começou a ganhar destaque na área da saúde, aumentando a sua relevância na prática clínica (Canavarro, Moreira, Pereira & Paredes, 2010). Este



interesse pelo conceito de qualidade de vida foi resultante dos paradigmas que influenciaram as políticas e as práticas na saúde, nas últimas décadas. Com as alterações paradigmáticas, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados mais esperados (Seidl & Zannon, 2004). É neste âmbito que se insere esta intervenção na área da prevenção do *delirium*, pois o que se pretende é prevenir o aparecimento da referida perturbação, contribuindo para a melhoria dos resultados obtidos. Assim, atua-se no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença e, consequentemente, da melhoria da qualidade de vida.

Para Roxo e Barata (2015), o conceito de qualidade de vida é multidimensional, sendo influenciado de forma direta pela saúde física e mental, grau de independência, relações sociais, interação com o meio circundante e crenças pessoais. Portanto, esta estratégia para reduzir a taxa de prevalência de doentes com *delirium* na UCIP, contribui para a melhoria do seu estado mental, assim como, para a sua independência. Perante isto, é possível referir que se irá contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Tendo por base tudo o que foi dito anteriormente, pode-se afirmar que este é um objetivo relevante a atingir na população com que se vai intervir ao longo do Estágio Final. As ações necessárias para o seu alcance irão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo será feita uma análise das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, com vista à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC e das competências de mestre.

Competência é a capacidade de o indivíduo aplicar os seus conhecimentos num contexto específico (Dias & Paiva, 2009). Corroborando com esta definição, Malglaive (2003, p. 123) diz-nos que o termo competência “evoca em si mesmo a excelência do fazer, a validade, a amplitude dos saberes e do saber-fazer num dado domínio”.

Considera-se pertinente esta análise reflexiva sobre aquilo que foi feito pois ela constitui uma fonte de conhecimento, permite apreciar a qualidade dos atos desempenhados, possibilita mudança e, como tal, representa um momento de integração de competências.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 da OE, independentemente da “área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns” (p. 8648). Neste Regulamento é possível ler que, competências comuns

“são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011a, p. 8649).

Existem quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida, estes domínios serão explorados tendo por base a análise das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), para adquirir as competências deste domínio é necessário que o enfermeiro demonstre um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, para além de promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A responsabilidade profissional esteve presente ao longo de todo o Estágio Final. Este é um aspeto pelo qual pauto a minha conduta profissional, pelo que, neste período enquanto aluna do mestrado em enfermagem, foi mantido. Isto notou-se em aspetos como a assiduidade, pontualidade, esclarecimento de toda e qualquer dúvida, debate de ideias com o Enfermeiro Supervisor, sempre no sentido de proporcionar ao doente os melhores cuidados possíveis. A responsabilidade é um dever do enfermeiro e isso está bem patente na sua Deontologia Profissional (OE, 2015b).

É sabido que os princípios éticos são inerentes aos cuidados de enfermagem. Marques e Vieira (2007) afirmam mesmo que, toda a decisão do enfermeiro deverá ser fundamentada nos princípios éticos. Assim, ao longo do Estágio Final foi adotada uma postura de respeito pela dignidade humana, pela sua individualidade e intimidade, dando primazia às vontades e crenças dos doentes. A justiça, a beneficência e a não maleficência também estiveram subjacentes às decisões e comportamentos adotados. É, igualmente de ressaltar que, todos os cuidados prestados tiveram por base os Direitos Humanos, atuando-se sempre no sentido do melhor interesse do doente.

Ao doente consciente, foi fornecida informação relativamente aos cuidados prestados e à sua situação clínica, por forma a respeitar a sua autonomia, liberdade e dignidade. De salientar que, sempre que possível, as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com o doente. Quando os doentes internados na UCIP não comunicavam devido à sedação que se encontrava em curso, esta conduta não foi alterada, atuando-se permanentemente no sentido de garantir o seu bem-estar, estabilização, conforto, dignidade e privacidade. Tudo isto vai de encontro ao defendido por Pires (2008), que nos diz que a ética é fundamental na prestação dos cuidados e que a enfermagem fundamenta a


sua prática num agir que pretende o melhor bem-estar para a pessoa cuidada, respeitando os direitos humanos nas relações interpessoais estabelecidas.

Na Carta dos Direitos do Doente Internado emanada pela DGS, pode ler-se que “o doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana” (2005, p. 2). Como qualquer direito, tem subjacente um dever, pelo que cabe aos profissionais de saúde serem éticos e responsáveis na sua prática, atuando de acordo com o seu Código Deontológico (OE, 2015b).

A questão da dignidade humana foi alvo de reflexão constante ao longo deste período. É sabido que a tecnologia tem tido um grande desenvolvimento, o que faz com que as possibilidades tecnológicas, especialmente em cuidados intensivos, sejam quase ilimitadas. Até que ponto o uso inapropriado desta tecnologia não põe em causa a dignidade humana? Estando o doente inconsciente, não é possível apurar a sua vontade, e colabora-se em procedimentos que foram decididos sem a sua participação. Esta é uma temática que me faz pensar muito... afinal, qual é o limite terapêutico? A questão da dignidade humana foi objeto de estudo para Marques e Vieira (2007), que acabam por afirmar que o conceito de dignidade tem uma importância fulcral para a prática de enfermagem, especialmente em cuidados intensivos, devido às possibilidades da equipa de saúde iniciar e/ou manter uma série de intervenções sem benefício óbvio para a pessoa, o que poderá comprometer a sua dignidade.

As decisões tomadas tiveram sempre por base a Deontologia Profissional explanada na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (OE, 2015b), respeitando igualmente o Código de Conduta Ética da instituição (HESE-EPE, 2015c). Apesar disto, é de salientar que, as decisões em cuidados intensivos, onde o limiar vida/morte é muito próximo, não são de todo fáceis. O facto do Estágio Final ter decorrido no local onde exerço funções, facilitou em muito este processo. Por um lado, a segurança é maior do que se estivesse num local desconhecido, por outro lado, a participação na tomada de decisão em equipa e o dirigir processos de tomada de decisão foi mais facilmente aceite, o que muito contribuiu para a aquisição desta competência. Os resultados das tomadas de decisão foram analisados e partilhados, como forma de promover o desenvolvimento da prática especializada.

Outro dos aspetos que foi mais fácil de atingir pelo facto de já exercer funções no serviço onde o Estágio Final decorreu, prende-se com o assumir a responsabilidade na gestão de



situações potencialmente comprometedoras para os doentes. Neste âmbito, foram identificadas práticas de risco e, consequentemente, adotadas medidas adequadas com vista ao aumento da segurança das práticas nas vertentes ética e deontológica. Foi adotada uma postura preventiva e antecipatória face a situações comprometedoras da segurança, da privacidade e da dignidade do doente, no entanto, quando estas se verificaram, atuou-se no sentido de prevenir e sua repetição.


A confidencialidade da informação escrita e oral foi assegurada, no entanto, a configuração da UCIP não é muito favorável a este aspeto, uma vez que se trata de uma unidade do tipo aberto, exigindo maior atenção para que esta confidencialidade fosse garantida.

Associado ao doente internado em cuidados intensivos, existe uma família. Família essa que se encontra fragilizada, que tem de ser apoiada e respeitada. A família é um elemento no processo do cuidar do doente crítico, que muito me sensibiliza. A sua vulnerabilidade naquele momento exige, no mínimo, a presença do profissional. É isto que defendo e que cumpro ao longo do Estágio Final. Estes aspetos são apoiados por Borges (2015) quando nos diz que, é fundamental que o enfermeiro encare a família do doente crítico como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, mediante o estabelecimento de uma relação terapêutica.

A ética e a responsabilidade são pilares da prática de cuidados, sendo que a aquisição de competências nesta área resulta da experiência. Assim, perante tudo o que foi dito anteriormente, considera-se que este estágio contribuiu para a aquisição de competências neste domínio.

Domínio da Melhoria da Qualidade

Consultando o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), para adquirir as competências deste domínio é necessário que o enfermeiro desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, consiga conceber, gerir e colaborar em




programas de melhoria contínua da qualidade e crie e mantenha um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade é sem dúvida um conceito difícil de definir, devido ao grau de subjetividade que lhe está subjacente. Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2005) dizem-nos que, a qualidade só se atinge com o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos. Mais recentemente, a qualidade em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (2015a, p. 13551).

Indo de encontro ao supracitado, em 2001 a OE cria os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde salienta que a criação de sistemas de qualidade em saúde apresenta-se como uma ação prioritária. Neste documento surgem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem), os quais pretendem funcionar como um instrumento que ajude a precisar o papel do enfermeiro (OE, 2001). Mais tarde, em 2015, a OE emana o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, onde, se acresce um enunciado descritivo aos já apresentados, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Os padrões de qualidade apresentados serviram de base à atuação demonstrada ao longo do Estágio Final.

Foi necessário fazer uma pesquisa bibliográfica sobre a qualidade em saúde, por forma a aumentar os conhecimentos nesta área e, consequentemente, aplicá-los na prática. Aquando desta pesquisa, encontra-se a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qual tem como principal missão, “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 2015a, p. 13552). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 obriga ao reforço de ações no âmbito do sistema de saúde, entre as quais se destacam a melhoria da qualidade clínica e organizacional; o aumento da adesão a normas de orientação clínica; o reforço da segurança dos doentes; a monitorização permanente da qualidade e segurança; o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;



a informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Ministério da Saúde, 2015a). Esta aquisição de conhecimento constituiu uma mais-valia pois permite a incorporação, na prática, de diretivas na área da qualidade e melhoria contínua.

A qualidade é uma prioridade em saúde, pelo que a promoção e implementação de programas de melhoria contínua torna-se fundamental. Neste âmbito, foram debatidos com a Enfermeira Responsável e com o Enfermeiro Supervisor, os diferentes projetos de melhoria contínua em curso na UCIP. Destacam-se os projetos na área da prevenção das úlceras de pressão, do transporte do doente crítico, do acolhimento aos familiares dos doentes internados, da prevenção e controlo de infeção e do *delirium* no doente em UCI, salientando que no referido serviço não existe nada definido para atuar na prevenção do *delirium*, o que constitui uma lacuna. Perante isto, foi identificada uma área onde era possível intervir, desenvolvendo-se uma estratégia de intervenção sobre esta temática. Após identificada a área de melhoria, foram estabelecidas prioridades e seleccionadas as estratégias para a pôr em prática. Inerente a isto, foi criado um instrumento de trabalho que funcionará como guia orientador de boa prática. Esta estratégia de intervenção, que será explorada no capítulo seguinte, permitiu ainda, a aquisição de habilidades na análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, uma vez que a ela está subjacente a necessidade de se normalizar procedimentos como forma de melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional. É ainda de salientar que, para além de se liderar este programa de melhoria da qualidade, colaborou-se nas diversas atividades existentes no âmbito de todos os outros programas já mencionados.

Perante o exposto, reconhece-se que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados e, a partir dos resultados, implementam-se programas de melhoria contínua, tal como está preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a).


A qualidade não se consegue atingir apenas com a prática e a experiência, exige reflexão. É necessário pensar sobre as práticas desenvolvidas, e este foi um processo frequente ao longo de todo o estágio, de forma individual ou em partilha de ideias com a restante equipa, em especial com o Enfermeiro Supervisor. Esta análise de experiências, permite melhorar e adquirir novos conhecimentos, o que constitui um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, da profissão.

Tudo isto vai de encontro ao defendido por Mendes (2012), quando diz que a qualidade, no setor da saúde, deixou de ser algo opcional e passou a ser uma prioridade, uma exigência e um requisito crucial na gestão das organizações da saúde.

Associada à melhoria contínua da qualidade, está a questão da segurança dos doentes, aspeto onde o enfermeiro especialista tem uma intervenção fundamental pois é da sua competência a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. Consultando o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, da responsabilidade do Ministério da Saúde, pode ler-se que “a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (2015b, p. 3882-2). Este Plano recomenda que o ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes, deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear, com o objetivo de garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis (Ministério da Saúde, 2015b). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa

“aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” (Ministério da Saúde, 2015b, p. 3882-3).

Foi sob esta linha de pensamento que se atuou ao longo do Estágio Final. Assim, procedeu-se sempre à identificação do doente, da terapêutica e do procedimento a efetuar; identificação de situações de risco de quedas, implementando-se estratégias para a sua prevenção; implementação de práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão; colaboração em estratégias para prestação de cuidados seguros, prevenindo riscos; análise das causas dos incidentes e aplicação de medidas preventivas para evitar a sua repetição; cumprimento das indicações do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA). Assim, foi criado um ambiente de segurança, tendo sempre por base o respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais dos doentes, algo que tem o suporte teórico da Teoria Transcultural de Leininger. Os enfermeiros devem praticar uma enfermagem transcultural com o objetivo final de prestar cuidados culturalmente competentes e responsáveis aos seres



humanos (Leininger, 2000). Já em 1992, Gualda & Hoga, tendo por base a referida Teoria de Enfermagem, afirmavam que “se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais da necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes, e trazer consequências desfavoráveis para os assistidos” (p. 77).

Na UCIP, a maioria dos procedimentos encontram-se expressos em normas e protocolos, o que faz todos os profissionais atuarem da mesma forma, contribuindo-se assim para a prevenção do erro e promoção da segurança do doente. Não houve necessidade de consultar as referidas normas e protocolos, uma vez que já são conhecidos.


No que diz respeito ao ambiente terapêutico que deve ser criado e mantido, recorreu-se às técnicas de relação de ajuda para assim aumentar a confiança e empatia com o doente, reduzindo o seu incômodo psicológico e espiritual. Em termos práticos, foi utilizado o toque, o silêncio, o olhar, a escuta ativa, sendo ajustada a linguagem verbal e não verbal ao estado de espírito em que o doente se encontrava, tentando que as palavras e o tom utilizado exprimissem compreensão. É ainda de salientar que, os cuidados de enfermagem, quando prestados no contexto de uma relação de ajuda, contribuem para a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde (Mendes, 2006).

Em suma, a qualidade dos cuidados é a meta a alcançar. Exige empenho, dedicação, motivação e profissionalismo, mas já John Ruskin no século XIX afirmava que, “quality is never an accident. It is always the result of intelligent effort”.

Perante tudo o que foi apresentado é possível afirmar que, já se assume um papel de dinamizador de projetos institucionais na área da governação clínica, já se concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade e já se cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro com vista à gestão do risco e segurança do doente, pelo que se considera que as competências neste domínio foram alcançadas.

Domínio da gestão dos cuidados

Tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), para adquirir as competências deste domínio é necessário que o enfermeiro



tenha a capacidade de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, assim como, de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

A gestão de cuidados de enfermagem é fundamental para o alcance de metas como a qualidade, a eficácia e a eficiência, nos cuidados de saúde em Portugal. Segundo Urden, Stacy e Lough (2008, p. 1265), a gestão de cuidados “é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar suportar e coordenar os cuidados ao doente através do continuum dos serviços de saúde”. Por sua vez, Mororó, Enders, Lira, Silva e Menezes (2017) encaram a gestão como a arte de fazer acontecer e obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados. Já Potra (2015) salienta mesmo que, a gestão é imprescindível à existência, sobrevivência e sucesso de qualquer organização.

Foi necessário fazer pesquisa bibliográfica sobre a gestão de cuidados e de recursos, por se tratar de uma área onde se sentia necessidade de aprofundar conhecimentos como forma de capacitação. Após a sua realização concluiu-se que, atualmente, espera-se que os enfermeiros com funções de gestão tenham uma intervenção ativa no processo de gerir equipas de saúde, possuindo competências que lhes permitam fazer uma gestão eficaz e eficiente dos recursos que têm disponíveis, com vista a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. É de ressaltar que no atual regime legal da carreira de enfermagem, espelhado no Decreto Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro, a questão da gestão da prestação de cuidados está integrada apenas no conteúdo funcional do enfermeiro principal.


De forma a otimizar as respostas da equipa de enfermagem, colaborou-se nas diferentes decisões de equipa e tentou-se encontrar soluções eficazes para os problemas que iam surgindo. Ainda neste sentido, sempre que foi possível foram delegadas tarefas em que, previamente, se fez uma demonstração prática, como na montagem do circuito extracorporal das diferentes técnicas dialíticas, na preparação do material necessário para colocação do cateter de Swan-Ganz e na mais recente técnica que se pratica na UCIP, a extração extracorporal de dióxido de carbono de baixo fluxo. Estas tarefas foram de seguida supervisionadas e avaliadas, conseguindo-se resultados positivos. Estes aspetos ganham importância na medida em que, a gestão é considerada um domínio da área de competência

do enfermeiro, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001).

A liderança é reconhecida como um elemento fundamental na gestão de cuidados (Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles & Erdmann, 2013). Fullan (2003) diz que, líder é aquele que aproxima e ajusta os interesses da equipa, em função dos objetivos da organização. Em conformidade com esta definição, Assis (2010) salienta que, liderar uma equipa exige a capacidade acrescida de ir ao encontro das expectativas das organizações e dos colaboradores. Ao longo do Estágio Final, nos momentos em foi assumido o papel de líder, atuou-se no sentido de criar um ambiente harmonioso e favorável à prática, com a adoção de um discurso tranquilo e de uma postura de disponibilidade, não esquecendo a utilização do reforço positivo como forma de motivação. Esta postura vai de encontro ao defendido por Trevizan, Mendes, Shinyashiki e Gray (2006) quando referem que, o que mais se exige de um líder é que ele transmita confiança e que o seu desempenho seja reconhecido, tendo em conta o seu saber ser, estar e fazer, o seu discurso e as suas ideias, conseguindo assim mobilizar e cativar a equipa que lidera.

Ainda neste âmbito, quanto à adequação dos recursos face às necessidades dos cuidados, procurou-se conhecer bem os recursos disponíveis para assim os utilizar de forma eficiente, promovendo a qualidade. Assis (2010) refere mesmo que, os recursos são extremamente importantes para o funcionamento de qualquer organização, pois possibilitam alcançar os objetivos propostos.

Uma das atividades planeadas para adquirir competências neste domínio foi a realização de um turno com a Enfermeira Responsável da UCIP e de um outro turno com o Enfermeiro Chefe do SU. Aquando da sua concretização, foi notório que o processo de gestão é mais complexo no SU, essencialmente devido à maior dimensão da equipa e à necessidade de grande quantidade de recursos materiais. Foi possível apurar que, a maior dificuldade em ambos os serviços prende-se com a gestão de recursos humanos, essencialmente devido à sua escassez. Esta atividade foi bastante enriquecedora pois é algo que não desempenho na minha prática diária, tendo contribuído para a aquisição de uma nova competência e, conseqüentemente, para o meu crescimento profissional. Foi também adquirido conhecimento sobre a forma como se acede às aplicações informáticas disponíveis na instituição, no que concerne a pedidos de materiais de consumo clínico e farmacêutico.




Apesar da importância reconhecida deste domínio de competências, na intervenção do enfermeiro especialista, sem dúvida que foi aquele onde foram sentidas maiores dificuldades na implementação das atividades planeadas. O delegar e o supervisionar tarefas são processos com os quais estou pouco familiarizada na minha prática diária. O decidir, o organizar e liderar a equipa, o adaptar o estilo de liderança às diferentes circunstâncias, eram questões com as quais me deparava apenas nos escassos turnos onde exercia funções de responsável de turno (a escassez está relacionada com o facto de não ser enfermeira especialista e ser dos elementos mais novos da equipa, visto serem estes os critérios adotados para atribuir tal função). Assim, o assumir deste papel de referência deixou-me com receio de não o desempenhar conforme esperado. Esta insegurança foi alvo de reflexão individual e com o Enfermeiro Supervisor, o qual teve um papel fundamental, pois motivou-me ao referir que a restante equipa já me reconhecia como uma figura de referência na questão da gestão de cuidados e liderança. Este reforço positivo foi importante, mas acima de tudo, trata-se de uma questão de personalidade, pelo que superar esta insegurança representa um desafio.

Perante o exposto, é possível afirmar que foram implementadas, com sucesso, atividades com vista à aquisição das competências do domínio da gestão de cuidados, no entanto, é necessário desenvolver estratégias no sentido de me sentir mais capaz e à vontade, no assumir das intervenções nesta área.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), para adquirir as competências deste domínio é necessário que o enfermeiro desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, assim como, baseie a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Peixoto e Peixoto (2016) identificam a reflexão como uma ferramenta vital para a aprendizagem. A reflexão é reconhecida na prática de enfermagem por apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas (Somerville & Keeling, 2004). Minto, Pedro, Netto, Buglian e Gorayeb (2006) definem o autoconhecimento como a capacidade de




reconhecimento que cada indivíduo tem de si mesmo, das suas habilidades e limites. Assim, considera-se que a reflexão do enfermeiro sobre o seu autoconhecimento enquanto pessoa e profissional é importante para a sua prática. Esta reflexão é algo constante na minha vida e não deixou de o ser ao longo do Estágio Final. Humildade, perseverança, exigência, perfeccionismo, medo de falhar, rigor, orgulho, organização, responsabilidade, teimosia e insegurança, são algumas mais-valias e limites que me definem enquanto pessoa e profissional. Estes são fatores que interferem no relacionamento com o doente e com a equipa multidisciplinar, e a sua gestão constituiu um desafio diário.

A gestão de sentimentos e emoções é algo que exige experiência e maturidade. Ao longo deste período foram várias as situações que exigiram uma correta gestão daquilo que se estava a sentir para que a resposta dada fosse eficiente. Destaca-se a situação de uma doente do sexo feminino que se encontrava em score 3 na Escala de Coma de Glasgow após uma Paragem Cardiorrespiratória (PCR), a qual era mãe de três filhos com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos. Acompanhar o sofrimento daqueles três filhos foi emocionalmente desgastante, até porque a situação se arrastou por vários dias, e exigiu a demonstração de habilidades na área da gestão de emoções.

Surgiram quadros clínicos que exigiram uma atuação sob pressão. Salientam-se duas situações de PCR e uma situação grave de acidose metabólica de pH inferior a 7, com hiperlactacidemia, em que era emergente iniciar técnica dialítica. Assim colaborou-se na colocação do cateter de diálise e procedeu-se à montagem do equipamento necessário à realização da técnica, de forma rápida e correta. Foram momentos nos quais não se sentiram dificuldades significativas, considerando-se que se atuou eficazmente sobre pressão.

Ainda na área da gestão de respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, é de destacar que não se vivenciaram situações de conflito pelo que não foi possível implementar as atividades planeadas neste âmbito.

O enfermeiro especialista tem de assentar as suas tomadas de decisão e intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, agindo como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo na área da investigação (OE, 2011a). Assim, funcionou-se como agente facilitador da aprendizagem no sentido em que foram identificadas lacunas de formação como por exemplo na utilização correta do Método de Avaliação da Confusão



Mental para Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-ICU). Neste âmbito, atuou-se como formador e, após ser feita uma avaliação, concluiu-se que se contribuiu para a aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Atuar de acordo com a evidência científica mais recente é a meta. Este é um processo dinâmico que exige pesquisa constante, de forma a possibilitar a aquisição de novo conhecimento. O novo conhecimento adquirido ao longo do Estágio Final foi demonstrado na prestação de cuidados de saúde especializados, seguros e competentes. O objetivo é saber mais para fazer melhor. Aquando da realização de pesquisas, constata-se que existe um erro no exemplar da Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) existente na UCIP, na caracterização da reatividade do doente que apresenta um score -2. Assim, constrói-se um novo exemplar (Apêndice B). Sabendo-se que a Escala de Coma de Glasgow foi reestruturada em 2014 e, na UCIP ainda se utiliza a antiga versão, foi igualmente construído um documento (Apêndice C) onde surge a referida escala com as mais recentes retificações. A estratégia de intervenção desenvolvida na área da prevenção do *delirium*, após o levantamento das necessidades do serviço, foi igualmente suportada na investigação e no conhecimento científico atual. Perante isto, pode-se afirmar que foram identificadas lacunas de conhecimento, as quais foram usadas como oportunidades de investigação e os dados daí resultantes foram organizados e divulgados.

Em suma, os cuidados foram prestados de forma assertiva e competente. Conclui-se também que, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais garante práticas seguras, de qualidade e contribui para o desenvolvimento profissional e pessoal.

Perante tudo o que foi apresentado, considera-se que a capacidade de autoconhecimento foi reconhecida como central na prática de enfermagem, e que as tomadas de decisão e intervenções foram baseadas em padrões de conhecimento válidos e atuais, pelo que se conclui que as atividades planeadas foram adequadas e que as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram adquiridas.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 da OE, competências específicas


“são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (2011a, p. 8649).

Assim, ter competências numa área específica significa que se dispõe de ferramentas próprias, as quais se mobilizam para dar resposta a determinada situação, com determinado grau de complexidade. Para o EEEPSC foram definidas três competências: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2011b). De seguida, estas competências serão exploradas tendo por base a análise das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, para as adquirir.

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (K1)

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p. 8656). Assim, exige-se ao EEEPSC que, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e respetiva família, mobilize conhecimentos e habilidades para dar resposta num tempo adequado e de forma holística (OE, 2011b).

Perante o supracitado, é de fácil perceção, que o doente em situação crítica é um doente instável. Cabe ao enfermeiro identificar, antecipar e atuar sobre estes focos de instabilidade. Várias foram as situações onde se colocaram em prática os aspetos referidos. Destaca-se por



exemplo um doente com uma insuficiência cardíaca grave, em que o baixar da cabeceira da cama, que é necessário a alguns procedimentos, lhe vai aumentar a instabilidade respiratória e hemodinâmica. Nesta situação, fez-se uma vigilância mais apertada dos sinais vitais e do padrão respiratório do doente e, assim que se notou alguma alteração, procedeu-se à elevação da cabeceira como forma de reverter o quadro, evitando-se o desencadear de complicações como o edema agudo do pulmão.


A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p. 9) diz-nos que, o doente crítico é todo aquele “cuja sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”. A isto, está implícita uma prestação de cuidados de alta complexidade e exigência técnica. Assim, colaborou-se na monitorização, vigilância e registo horário de sinais vitais; na monitorização hemodinâmica invasiva mediante utilização de linha arterial, cateter de Swan-Ganz e cateter de Picco; na monitorização da pressão intra-abdominal; na monitorização eletroencefalografia; na colocação de cateter de diálise e início das diferentes técnicas dialíticas; no transporte do doente crítico; na entubação orotraqueal; na vigilância da adaptação do doente à prótese ventilatória, identificando situações de desadaptação onde é necessário intervir; na aspiração de secreções traqueobrônquicas; no registo horário do débito urinário, identificando alterações no padrão apresentado até então e comunicando-as; nos cuidados inerentes à presença de traqueostomia; na administração e gestão de toda a terapêutica prescrita; na manutenção de drenagens abdominais e torácicas; na administração de alimentação entérica e parentérica; na colheita de diferentes produtos orgânicos para análise bacteriológica. Perante o apresentado, percebe-se facilmente que o enfermeiro de cuidados intensivos tem de estar capacitado para uma prestação de cuidados com elevada competência, utilizando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas nas diferentes situações que o doente vivencia (Urden et al., 2008).

Carvalho et al. (2013) salientam ainda que, para além de toda a destreza manual, o enfermeiro de UCI deve possuir um vasto suporte teórico. Neste sentido, foi feita pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico, de modo a aumentar o corpo de conhecimentos teóricos. Sempre que surgiam dúvidas, eram encaradas como oportunidades de investigação, contribuindo assim para a criação de novo conhecimento. As experiências vividas e as dificuldades sentidas foram partilhadas com a restante equipa multidisciplinar, em particular

com o Enfermeiro Supervisor, sendo alvo de reflexão e, consequentemente, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Foi possível demonstrar-se conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV), no âmbito das duas situações de PCR que se presenciaram. Em 2011 já se tinha frequentado um curso de SAV e, ao longo do semestre teórico do mestrado onde este estágio se insere, frequentou-se novamente, o que se mostrou ser uma mais-valia pois a sua repetição permitiu relembrar e reforçar o conhecimento já adquirido. É notória, e reconhecida, a confiança que se ganha após frequentar um curso de SAV, e isso foi visível na forma como se atuou nas referidas situações de PCR. Aquando destas situações percebeu-se que existe uma certa dificuldade, por parte de alguns elementos da equipa, no cumprir dos algoritmos de SAV, aproveitando-se o momento para clarificar as dúvidas existentes, contribuindo-se tanto para a segurança e qualidade dos cuidados prestados como para o aumentar dos conhecimentos e habilidades desses elementos.

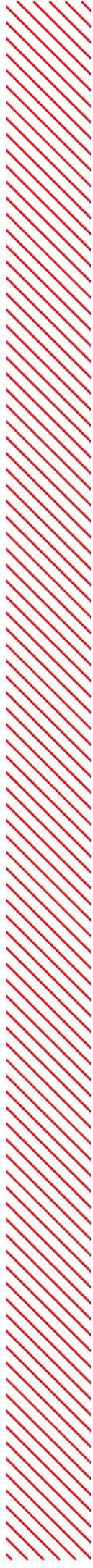
Segundo a DGS (2003, p. 6) unidades de cuidados intensivos “são locais qualificados para assumir responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais”. Logo, a existência de protocolos terapêuticos complexos é inerente a estes locais. Na UCIP destaca-se, por exemplo, o protocolo de hemorragia maciça, o protocolo de insulinoaterapia no controlo da glicemia capilar e o de normotermia após uma situação de PCR. A implementação de um protocolo de hemorragia maciça, implica o manuseamento e administração de muitos hemoderivados e de fatores de coagulação, a vigilância de sinais e sintomas de hemorragia ativa e um cuidado redobrado nos diversos procedimentos executados devido ao inerente risco de hemorragia. O manter da normotermia, no pós PCR, implica uma vigilância apertada da temperatura corporal e a introdução e manutenção de medidas de aquecimento e arrefecimento, de forma a conseguir mantê-la no valor alvo (36° C). A implementação e gestão do protocolo de insulinoaterapia, com perfusão contínua de insulina de ação rápida, é da total responsabilidade da equipa de enfermagem. O objetivo é gerir o ritmo da perfusão de insulina de modo a conseguir valores de glicemia capilar entre os 140mg/dl e 180mg/dl, o que implica rigor, atenção e avaliações frequentes da glicemia. Foi possível colaborar nos três protocolos ao longo do Estágio Final, e assim diagnosticar complicações associadas, implementando respostas de enfermagem ajustadas à situação, monitorizando o seu impacto e posteriormente, avaliando se as respostas adotadas foram adequadas. Concretizando, na



situação em que se pretendia manter a normotermia, em determinado momento o doente apresentou uma temperatura corporal superior a 37° C. Perante isto, foi-lhe aplicada uma toalha embebida em água tépida sobre o tórax e abdómen e fez-se lavagem gástrica e vesical com soro frio, o que levou à diminuição da temperatura tal como desejado. Assim, conclui-se que as respostas de enfermagem que foram tomadas, foram apropriadas.

A dor é uma manifestação do organismo para sinalizar algo fora dos padrões de normalidade (Carvalho & Rezende, 2013). No que diz respeito à gestão da dor, não foram sentidas dificuldades significativas na implementação das atividades planeadas. Assim sendo, foram identificadas situações de presença de dor, fazendo-se gestão de medidas farmacológicas e demonstrando habilidades no âmbito das medidas não farmacológicas para o seu alívio. No doente que conseguia comunicar, utilizou-se a escala numérica da dor, enquanto que no doente ventilado e não responsivo, foi utilizada a Behavioral Pain Scale (BPS) como instrumentado de avaliação da dor. Na UCIP não existe nenhum protocolo de analgesia, pelo que sempre que se identificaram situações de dor e mal-estar, foram comunicadas ao médico presente. Em termos de medidas não farmacológicas implementou-se a massagem e a mobilização. O objetivo principal foi assegurar o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Tudo isto é apoiado por Carvalho e Rezende (2013) que nos dizem que, é importante que o enfermeiro consiga identificar o doente com dor, de modo a intervir e a eliminá-la, proporcionando alívio e bem-estar.

O vivenciar de uma situação crítica e ou de falência orgânica provoca perturbações emocionais quer na pessoa que a vivencia quer na sua família. Perante isto, Sá, Botelho e Henriques (2015) afirmam que, os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capacitados para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família, devido à relação única que criam com ambos. Relativamente a este aspeto, é de destacar a situação de um doente de 70 anos, a quem foi diagnosticado esclerose lateral amiotrófica durante o internamento na UCIP. É inevitável que uma pessoa independente e ativa até então, ao ser confrontada com um diagnóstico que a fará ficar com limitações físicas significativas, não fique emocionalmente perturbada. A situação evoluiu ao ponto de ser realizada traqueostomia e de o doente apresentar períodos de dependência da prótese ventilatória. O medo, a tristeza, a desmotivação e a ansiedade, invadiram o doente. E se acontecesse connosco? Todos nós ficamos perturbados quando estamos num processo de doença, como




reagiríamos se fôssemos confrontados com uma doença para a qual não existe tratamento? É impossível não desenvolver empatia, e colocarmo-nos no lugar do outro, foi a melhor estratégia para gerir esta situação. O apoio à família, devastada com todo este processo, também foi assegurado. Ainda no âmbito da assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e ou falência orgânica, é de destacar que a todos os doentes conscientes admitidos na UCIP, foi feito o acolhimento. Já no caso das famílias, na primeira visita foi-lhes entregue o Guia de Acolhimento do serviço, foram informadas dos horários das visitas, do estado clínico do seu familiar e foram apoiadas face à situação vulnerável pela qual estão a passar, numa sala própria para tal.

Uma situação de doença crítica tem um grande impacto numa família, provocando alterações significativas na sua estrutura. Beuter, Brondani, Szareski, Cordeiro e Roso (2012), afirmam que os familiares experimentam sentimentos como o medo, a ansiedade e a insegurança, os quais são muitas vezes causados, pela falta de apoio, de atenção e de informações da equipa de saúde. Logo, é fundamental que o enfermeiro tenha uma intervenção ativa nesta área.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem (Pontes, Leitão & Ramos, 2008). Numa UCI, o maior desafio em termos de comunicação interpessoal está associado aos doentes que não têm capacidade de comunicar verbalmente. Holm e Dreyer (2017) reconhecem estas situações como complexas, podendo constituir uma experiência negativa para os envolvidos, pelo que recomendam que os enfermeiros adotem estratégias de comunicação face às necessidades dos doentes. Assim, foi pedido a estes doentes que comunicassem através de mímica labial e gestual, e que apontassem as letras no alfabeto que existe plastificado em folha A4, de forma a construirem palavras. Aos doentes que conseguiam escrever, foi-lhes fornecido um placar com folhas e caneta, que existe na UCIP mesmo para este efeito. Existe também um livro com diversas imagens para onde o doente consegue apontar de modo a conseguir expressar o que pretende, o qual foi utilizado. Assim, demonstrou-se conhecimento sobre técnicas facilitadoras de comunicação em pessoas com limitações em termos de expressão verbal.

Perante tudo o que foi apresentado até então, é facilmente perceptível que, experienciar uma situação crítica tem impacto na relação terapêutica estabelecida. E mais uma vez, as técnicas de relação de ajuda são fundamentais na gestão deste aspeto. Para Phaneuf (2005),



as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda, assentam na aceitação, no respeito e na empatia entre o doente e o enfermeiro. Neste sentido, ao longo deste estágio foi possível perceber e refletir sobre a importância do silêncio, como o nada pode significar tanto, quando acompanhado da presença e de um olhar. Esta é uma área que me dá especial satisfação e na qual muito invisto pois considero que faz toda a diferença. É extremamente reconfortante perceber que o doente nos vê como um aliado no processo de situação crítica pelo qual está a passar.

É de salientar que a estratégia de intervenção profissional desenvolvida no âmbito do *delirium*, contribuiu de forma significativa para a aquisição desta competência.

A passagem pelo SU do HESE-EPE, foi um ótimo contributo para a aquisição desta competência. O estar na sala de emergência permitiu cuidar do doente na abordagem inicial da sua situação crítica e ou falência orgânica. Como refere Sheehy (2011), a sala de emergência possui características únicas, por ser um lugar estruturado onde existe a possibilidade de praticar, desenvolver perícia e treino face à pessoa em situação crítica, em que o enfermeiro experiente, avalia e reconhece de imediato estados em risco de vida e inicia as intervenções terapêuticas adequadas. Tendo por base estes aspetos, quando um doente era admitido na sala de emergência, fazia-se uma avaliação segundo a mnemónica ABCDE, acompanhada da monitorização e vigilância contínua dos sinais vitais, da identificação de focos de instabilidade que levavam a uma definição de prioridades e, posteriormente, à execução dos procedimentos necessários ao tratamento. Foram prestados cuidados a doentes em falência respiratória, um deles com necessidade de entubação orotraqueal e posterior ventilação mecânica invasiva, a doentes politraumatizados, a doentes com síndrome coronário agudo e a doentes com hipoglicemias graves. Com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, foi assegurado o acompanhamento dos doentes aquando da realização de exames complementares de diagnóstico e da transferência intra-hospitalar.

Sintetizando, cuidar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica exige ao enfermeiro, para além de conhecimentos teóricos, habilidades no âmbito da observação, da antecipação, do definir prioridades e da destreza manual. Reconhece-se ainda como fundamental, que o enfermeiro tenha a capacidade de lidar com o inesperado, atuando de forma imediata, segura e eficaz.

Atendendo à análise feita, considera-se que a competência em causa foi adquirida.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação (K2)

Segundo a OE (2011b), é da competência do EEEPSC, a conceção dos planos institucionais e a liderança da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. Perante a existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, cabe ao EEEPSC gerir equipas, de forma sistematizada, com vista a uma resposta eficaz e eficiente (OE, 2011b).

Na Lei n.º 27/2006 de 3 de julho, a qual aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, catástrofe é definida como o acidente grave ou a série de acidentes graves que podem provocar prejuízos materiais elevados e, eventualmente, vítimas, condicionando significativamente as condições de vida e a componente socioeconómica, em áreas ou na totalidade do território nacional. Já a emergência multi-vítima, é definida como uma situação que envolve um elevado número de vítimas, alterando o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde (OE, 2015a). A esta situação associa-se um conjunto de procedimentos médicos de emergência, que pretendem salvar o maior número de vidas, proporcionando-lhes o melhor tratamento e fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (OE, 2015a). Face a isto, é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para atuar nestas situações.

De forma a alcançar o supracitado, desenvolveram-se algumas atividades, previamente definidas. Começou-se por fazer uma pesquisa bibliográfica pois os conhecimentos neste âmbito não são muito profundos, essencialmente por ser uma área onde não se atua na prática diária. Assim, foi analisado o Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência. O primeiro, designado por Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Évora (distrito onde se localiza o HESE-EPE), é um documento que

“define as principais orientações relativamente ao modo de comando e actuação dos vários organismos, entidades e serviços relativamente ao seu envolvimento e participação em operações de Protecção Civil, tendo sempre como objectivo principal a

minimização de perdas de vidas, dos prejuízos materiais e o assegurar, no mais curto espaço de tempo, do restabelecimento da normalidade” (Câmara Municipal de Évora, 2012, p. 4)

O segundo, aprovado em 2013, designa-se por Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Trata-se de


“um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de caráter excecional a adotar” (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2013, p. 5).

De salientar que também foi consultado o Manual do Instituto Nacional de Emergência Médica relativo a Situações de Exceção. Com a pesquisa efetuada, foi possível sedimentar conhecimentos sobre os princípios de atuação em situações de catástrofe, sobre os vários tipos de catástrofe e as suas consequências para a saúde.

A DGS (2010a, p. 1) diz-nos que vivemos “num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções”. Assim, esta entidade, através da Orientação nº 007/2010 de 6 de outubro, recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, a elaboração de um Plano de Emergência Médica (DGS, 2010a). O HESE-EPE tem o seu Plano de Emergência Interna, o qual foi analisado e, posteriormente, as orientações nele expressas foram debatidas com o Enfermeiro Supervisor. A UCIP não tem nenhum plano de emergência e catástrofe próprio, regendo-se pelas diretrizes do Plano de Emergência Interna da instituição.

Nos turnos realizados no SU do HESE-EPE não se contactou com nenhuma situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. Isto fez com que não se conseguissem desenvolver intervenções no âmbito do planeamento e gestão de cuidados nestas situações. Aquando destes turnos, foi possível apurar que, no HESE-EPE, foi constituída uma Comissão com o objetivo de ser construído um plano para situações de catástrofe externa, o que se vê como uma mais-valia.

Resumindo, quando falamos em catástrofe, automaticamente falamos num número elevado de pessoas em situação crítica, o que implica colocar os cuidados que estamos




habituaados a prestar, num patamar superior. Felizmente estas situações não são frequentes, no entanto, é crucial ter competências para agir no momento certo, de forma certa. É ainda fundamental que, antecipadamente, tudo esteja concebido e treinado, de modo a garantir uma ação eficaz e eficiente.

Esta competência foi, sem dúvida, a competência específica mais difícil de alcançar pois não surgiu oportunidade de intervir ao nível da ação. No entanto, foram feitos esforços no sentido de colmatar esta lacuna, essencialmente ao nível da aquisição de novos conhecimentos teóricos sobre a matéria.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (K3)

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida pela DGS, como “uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (2007, p. 4). Perante isto, surge o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, com o objetivo de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura (DGS, 2007). Mais tarde, este Programa veio a fundir-se com Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, sendo assim criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Ministério da Saúde, 2013b). O PPCIRA foi explorado numa unidade curricular do semestre teórico do presente mestrado, e o conhecer das normas nele emanadas, facilitou a implementação de atividades com vista à aquisição da presente competência. A existência de conhecimentos neste âmbito, permitiu funcionar como um elemento de referência no seio da equipa multidisciplinar.


As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (DGS, 2017). Em concordância, Cassini et al., (2016) afirmam que, as IACS constituem um dos eventos adversos mais frequentes na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e



qualidade de vida. Perante isto, é da competência do EEPSC, liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2011b).

Estas infeções constituem um problema considerável para a segurança do doente e o seu impacto pode resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, maior resistência de microrganismos a agentes antimicrobianos, encargo financeiro adicional para o sistema de saúde, altos custos para os doentes e suas famílias, levando a um aumento da mortalidade (OMS, 2011; Hsu, 2014; DGS, 2016). O Ministério da Saúde (2013b) diz-nos que, Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde. Assim, há que adotar estratégias com vista à prevenção e controlo da infeção. Neste âmbito, na UCIP, salienta-se a existência de uns cartões coloridos que se colocam junto à cama de cada doente a quem tenha sido isolado determinado microrganismo. A cada cor estão associadas as precauções a ter, tendo em conta a via de transmissão do microrganismo, conforme patente na tabela que se encontra no Anexo C. Outra estratégia a destacar, prende-se com a existência de uma fita adesiva vermelha colada no chão junto a cada uma das camas, com o objetivo de lembrar os profissionais da higienização das mãos antes e após o contacto com o doente. Ambos os aspetos foram sempre respeitados e cumpridos. Evidencia-se ainda, a existência de dois cartazes junto a cada torneira, onde são evidenciados os cinco momentos em que é aconselhada a higienização das mãos (Anexo D), assim como, os diferentes passos a cumprir para que este procedimento seja efetuado corretamente (Anexo E).


Foi abordado o elemento que na UCIP funciona como dinamizador do GCLPPCIRA, no sentido de debater as necessidades existentes no serviço em termos de prevenção e controlo de infeção. Concluiu-se que, na UCIP, a maior necessidade nesta matéria, é a de sensibilizar os elementos da equipa multidisciplinar para a higienização das mãos. Neste sentido, foram confrontados os diferentes profissionais com as consequências graves que surgem quando este procedimento não é cumprido, reforçando quais os momentos recomendados para a sua execução. Após se realizarem algumas observações, considera-se que, em termos gerais houve uma melhoria neste aspeto, contribuindo-se para a segurança do doente.



A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados é um dos enunciados descritivos definidos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a). No referido regulamento está explícito que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEPSC maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção através da capacitação das equipas de profissionais nesta área (OE, 2015a), o que dá suporte à atividade supracitada.

A OE (2015a) diz-nos que, as IACS assumem particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que as tecnologias vão sendo “cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibiótica, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2015a, p. 17241). O uso prolongado de cateteres intravasculares, períodos longos de ventilação mecânica, fórmulas parentéricas e a exposição prévia a antibióticos de largo espectro, também são fatores predisponentes à ocorrência de IACS (Carreto-Binaghi et al., 2015). Neste sentido, a OE (2011b) diz-nos que, face ao risco de infeção associado aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, é da competência do EEEPSC, ter uma resposta eficaz em termos de prevenção e controlo de infeção.

Segundo a OMS (2016), as IACS são uma ameaça grave à saúde pública. Isto leva as organizações de saúde, os governos e os agentes económicos, a atuarem perante este problema, tendo como foco a prevenção (DGS, 2016). Medidas de prevenção e controlo de infeção clinicamente eficazes são fundamentais à segurança dos doentes, pelo que a sua implementação na prática diária, e de forma rotineira, permite reduzir consideravelmente a transmissão e a incidência de IACS, tanto para doentes como para profissionais de saúde (Loveday et al., 2014; DGS, 2016). Neste âmbito, na UCIP, aponta-se por exemplo, a higiene oral (em caso de presença de tubo orotraqueal) e corporal dos doentes com clorexidina, como forma de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e a pesquisa de bacilos gram negativo e de MRSA, aquando da admissão de um doente na UCIP como forma de atuar o mais precocemente possível em termos de prevenção e controlo de infeção. Estas são recomendações feitas pela DGS.




“As precauções básicas de controlo de infeção são o alicerce das boas práticas clínicas que têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS” (DGS, 2016, p. 12). Estas são compostas por dez itens: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2016). Adotou-se uma postura de fazer cumprir estes pressupostos, com vista à segurança do doente e do profissional, o que é sustentado por Hepsi (2015) quando enfatiza que, o contacto direto diário aquando da sua prática, faz com que o enfermeiro tenha um papel preponderante na prevenção das IACS. É de salientar que, em aspetos como por exemplo, a utilização de equipamento de proteção individual, a equipa multidisciplinar da UCIP tem um nível de proficiência elevado.

Nos turnos realizados no SU do HESE-EPE, foi facilmente perceptível que, ainda existe um longo caminho a percorrer em termos de prevenção e controlo da infeção. Analisando a situação com a Enfermeira Supervisora dos turnos lá efetuados, a qual é o elemento dinamizador do GCLPPCIRA no SU, conclui-se que a limitação em termos de recursos humanos, com implicações diretas no tempo disponível para a prestação de cuidados, é o principal fator para não se cumprirem na íntegra as normas recomendadas. Consegue-se apurar também que, com as formações realizadas mais recentemente, existe uma maior adesão dos profissionais na adoção de comportamentos favoráveis à prevenção e controlo de infeção. Devido ao reduzido número de turnos realizados no SU, não houve possibilidade de contribuir significativamente para a mudança de paradigma, no entanto, prestaram-se cuidados cumprindo as recomendações existentes, o que pode ter mobilizado os restantes profissionais a seguir o exemplo.

Perante a análise apresentada, considera-se que a competência em causa foi adquirida.

3.3. Competências de Mestre

O Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016), faz republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, que



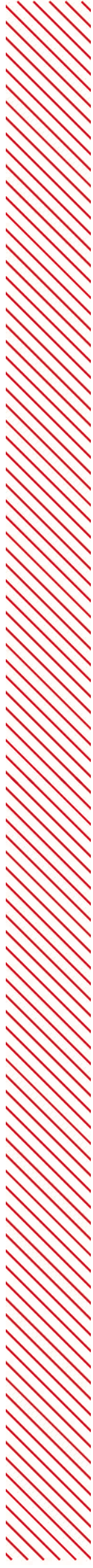
regula os graus académicos e diplomas do ensino superior. Neste Decreto-Lei, estão explícitas as condições necessárias à atribuição do grau de mestre. Tendo-as por base, o presente curso de mestrado em enfermagem prevê a aquisição das seguintes competências de mestre: demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

De seguida, será feita a análise destas competências tendo por base as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final.

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

Segundo Benner (2001), a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência, para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. Neste sentido, e com vista ao alcance desta competência, em cada doente em situação crítica e ou falência orgânica foram identificados os problemas, planeadas as estratégias de intervenção, as quais se implementaram e avaliaram.

A prestação de cuidados ao doente crítico é algo exigente, complexo e intensivo, exigindo ao enfermeiro um conjunto sólido e consistente de conhecimentos específicos, um enorme poder de decisão em tempo útil (Vargas e Braga, 2007), um domínio da tecnologia,



humanização, individualização do cuidado e, consequentemente, qualidade nos cuidados prestados (Camelo, 2012). Se aderirmos à teoria de Benner, isto implica ser perito no cuidar da pessoa em situação crítica, uma vez que, o enfermeiro perito é aquele que passa “do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita que tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58). Há 7 anos que se prestam cuidados à pessoa em situação crítica na UCIP, podendo-se considerar que o nível de perito foi atingido. Assim, ao longo do Estágio Final, demonstrou-se a capacidade de prever e antecipar, associada a um desempenho fluído, complexo e eficaz, aquando da prestação de cuidados.

No que diz respeito à gestão de cuidados no âmbito da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, esta tornou-se mais visível nos momentos em se adotou a função de responsável de turno. Willig e Lenardt (2002) defendem que, este processo de gestão deve assegurar uma prestação de cuidados com eficiência e qualidade, com vista à satisfação das necessidades do doente. A gestão de recursos materiais e humanos foi explorada e assumida, nos turnos efetuados com a Enfermeira Responsável pela UCIP e com o Enfermeiro Chefe do SU do HESE-EPE. Estas foram atividades importantes para o alcançar desta competência.

Já a supervisão dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, foi assumida após se fazerem as formações já anteriormente referidas. Sempre que se identificaram necessidades de formação, atuou-se, assumindo-se uma postura dinamizadora da aprendizagem ao capacitar os outros elementos da equipa. Após esta intervenção, procedia-se à monitorização das práticas adotadas. Com isto, foi tida uma ação preponderante no sentido de promover as condições essenciais à segurança e qualidade das práticas (Pinto, 2013).

Perante o exposto, considera-se que esta competência foi atingida.

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Em 1996, Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson definiram a Prática Baseada na Evidência (PBE) como a integração das melhores evidências disponíveis, juntamente com a experiência do médico e preferência do doente. Ao longo dos anos, a PBE foi amplamente reconhecida como a base para a qualidade dos cuidados e a segurança do doente (Cheng, Feng, Hu & Broome, 2018).

Neste âmbito, em primeira instância, há que destacar a estratégia de intervenção desenvolvida na área prevenção do *delirium* no doente internado em UCI, que teve subjacente a criação de um instrumento de trabalho (fluxograma), todo ele contruído mediante dados da evidência científica mais recente, contribuindo-se assim para uma PBE. Esta intervenção vai de encontro ao defendido por Hickman et al. (2018) quando afirmam que, à medida que a enfermagem evolui, é necessário que os enfermeiros, especialmente os enfermeiros especialistas por funcionarem como profissionais de referência, fundamentem todas as práticas com as melhores evidências científicas disponíveis.

Inerente a esta estratégia de intervenção esteve a produção de novo conhecimento, o que constitui um fator essencial no sucesso terapêutico e na melhoria dos cuidados e dos serviços terapêuticos (Ferrito, 2007). A partir desta intervenção e dos seus resultados, construiu-se um artigo científico (Apêndice D), com vista à disseminação do novo conhecimento. Esta propagação de conhecimento contribuirá para a implementação consistente de PBE, o que levará à prestação de cuidados seguros de alta qualidade, a melhores resultados obtidos pelos doentes e a uma diminuição dos custos (Melnyk et al., 2018).

Em termos de atividades nesta área de competências, salienta-se também o facto de, sempre que era identificada uma lacuna de conhecimento, esta era usada como uma oportunidade de investigação e os resultados daí obtidos eram organizados e divulgados pela equipa de enfermagem, promovendo-se uma PBE.

Em suma, cabe ao mestre em enfermagem criar, desenvolver e disseminar conhecimento.

Tendo em conta os dados apresentados, considera-se que esta competência foi adquirida.

Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

Fernandes (2010) diz-nos que, a autonomia profissional do enfermeiro, fá-lo tomar decisões, com base em critérios científicos, técnicos, jurídicos, deontológicos e éticos. Assim, ao longo do Estágio Final, foi demonstrada capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, tendo sempre subjacente as responsabilidades éticas, profissionais e legais. Perante isto, pode-se afirmar que se prestaram cuidados de enfermagem de qualidade, ajustados às necessidades do doente, sustentados na evidência científica, na ética e deontologia profissional.

Tendo em conta o supracitado, Nunes (2006) afirma que o agir do enfermeiro é fundado na autonomia e na responsabilidade e mediado pela tomada de decisão, o que constitui por um lado, a responsabilização pelos seus atos, e por outro, o assumir da responsabilidade resultante do seu mandato social de resposta às necessidades das pessoas.

Na prática diária são movidos os esforços necessários para promover a dignidade da pessoa que é alvo dos cuidados prestados. Assim, durante este estágio, todas as decisões tomadas tiveram por base o respeito pela dignidade e direitos do doente, assim como, pelas suas crenças, vontades e valores. Esta decisão resulta da relação entre o profissional de saúde e a pessoa, respeitando a sua autonomia e liberdade nas decisões relativas a si mesma, após o devido esclarecimento (Cunha, 2004). Nas situações em que a pessoa não apresente capacidade de tomar decisões, a equipa multidisciplinar em colaboração com a sua família, deve agir segundo o seu melhor interesse, apurando qual seria a sua vontade ou respeitando os desejos previamente expressos (Cunha, 2004).

“A prestação de cuidados em situação crítica requer atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015, p. 188). As particularidades inerentes à prestação de cuidados à

pessoa em situação crítica fazem emergir problemas éticos. Neste sentido, Nunes (2015) desenvolveu um estudo com o objetivo de identificar quais são esses problemas, na perspectiva dos enfermeiros. Concluiu-se que as principais preocupações éticas dizem respeito à informação ao doente, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes (Nunes, 2015). Sem dúvida que estas são questões que se levantam na prática diária em cuidados intensivos, sendo alvo de reflexão. A decisão é sempre tomada tendo por base os princípios já referenciados nesta análise.

Perante o exposto, considera-se que esta competência foi atingida.

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

“Existem três requisitos fundamentais para a afirmação de uma profissão: uma base consistente de conhecimentos; um conjunto de meios para os difundir e um elevado nível de autonomia” (Abreu, 2007, p. 40). Neste sentido o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida ganha especial destaque, representando uma construção contínua de saberes.

Rosa (2014, p. 29) define formação contínua como “um conjunto de atividades formativas que ocorrem após a formação inicial, cujo objetivo será aperfeiçoar conhecimentos, aptidões e atitudes profissionais”. A formação contínua vai assim capacitar os profissionais na análise de situações complexas, respondendo com competência (Benner, 2001). Neste âmbito, surge o presente mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, o qual representa um forte contributo no desenvolvimento do conhecimento, das competências, da assertividade e da confiança.

No quotidiano da enfermagem, surge diariamente uma multiplicidade de situações que torna imperativa a aprendizagem do enfermeiro ao longo da vida, com vista à excelência dos cuidados e a uma aquisição de competências constante, por forma a serem mobilizadas para a sua prática diária (Rodrigues, 2011). Assim, na procura de uma melhor prática clínica, muitos foram os momentos de autoformação ao longo deste estágio. Qualquer dúvida,

qualquer procedimento novo, qualquer patologia desconhecida, servia de base à investigação, surgindo assim novo conhecimento.

Durante o percurso profissional, a busca pela atualização e aquisição de conhecimento, com o objetivo de atingir novas aptidões e competências, torna-se algo constante. Como reflexo disto, durante o Estágio Final frequentou-se o V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as X Jornadas de Cardiologia de Évora, algo que contribuiu para uma prestação de cuidados baseada em conhecimentos válidos e sólidos.

É de salientar que, todo este processo de aprendizagem e crescimento só se torna significativo se provocar mudanças na praxis diária, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados.

Perante o supracitado, considera-se que esta competência foi alcançada.

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais

A proatividade é definida como a disposição individual de demonstrar iniciativa num vasto conjunto de situações e atividades, melhorando e criando novas circunstâncias (Fuller & Marler, 2009). Neste sentido, adotou-se uma postura proativa ao longo do Estágio Final e reflexo disso é a estratégia de intervenção desenvolvida no âmbito do *delirium* no doente em UCI, a qual será abordada em pormenor no capítulo seguinte. Esta proatividade revelou-se quando se fez um diagnóstico de situação, onde foi identificada a necessidade de se intervir ao nível da prevenção do *delirium*, no planeamento, na execução e na avaliação da estratégia implementada. Esta atividade demonstra, por parte do elemento dinamizador, autonomia, responsabilidade e empenho na melhoria contínua dos cuidados prestados. Com o objetivo de melhorar os resultados obtidos, prevê-se a inclusão de medidas que implicam o envolvimento da equipa médica, a qual foi abordada neste sentido e aceitou colaborar na estratégia criada, surgindo assim um contexto multidisciplinar.

Tendo por base o supracitado, é de referir que na alínea c) do Artigo 112.º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b), está explícito que o enfermeiro deve integrar a equipa de saúde, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços. A alínea b) do referido Artigo, mostra-nos que o enfermeiro tem o dever de trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde (OE, 2015b). Assim, é possível afirmar que, a capacidade de comunicação e a articulação da equipa multidisciplinar, se traduz na prestação de cuidados de saúde de qualidade, processo onde o enfermeiro assume uma intervenção fulcral.

No sentido de corresponder a esta competência para obtenção do grau de mestre, colaborou-se nos diversos projetos em curso na UCIP, nomeadamente na área da prevenção das úlceras de pressão, do transporte do doente crítico, do acolhimento aos familiares dos doentes internados e da prevenção e controlo de infeção. Este comportamento interventivo vai de encontro ao defendido por Ribeiro (2013) quando afirma que, as rápidas alterações que se sentem nas organizações e sociedade, requerem que em grande parte sejam os próprios indivíduos a gerir e motivar o seu percurso profissional.

Em suma, é crucial que o enfermeiro tenha uma participação proativa no ambiente onde se insere. Esta postura acaba por se refletir na orientação para objetivos a longo prazo e na persistência perante a adversidade (Ribeiro, 2013).

Tendo em conta o apresentado, considera-se que esta competência foi adquirida.

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Como já foi referido, o enfermeiro especialista funciona como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2011a). Perante o referido, aquando da análise das competências comuns do enfermeiro especialista, considera-se que esta competência de mestre foi alcançada.

Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Tendo em conta a análise feita ao longo deste capítulo sobre a aquisição das competências comuns e específicas do EEEPSC, é possível afirmar que esta competência de mestre foi alcançada com sucesso.

Em suma, Urden et al. (2008) dizem-nos que, as competências adquirem ênfase na promoção da prestação de cuidados de enfermagem eficazes e eficientes, com elevada qualidade, utilizando as tecnologias apropriadas, abordagens psicossociais e holísticas adaptadas à realidade atual e ao doente em estado crítico. Pelo descrito, conclui-se que este percurso académico foi marcado por um constante crescimento pessoal e profissional, o que convergiu na aquisição das competências de mestre, as quais integram as competências comuns e específicas do EEEPSC, atingindo-se assim um dos principais objetivos do Estágio Final.

4. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo é destinado à exploração da principal estratégia de intervenção profissional desenvolvida ao longo do Estágio Final, intitulada “*Delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos – da previsão à prevenção”. Assim, começar-se-á por fazer uma fundamentação teórica da mesma, será abordada a Teoria de Enfermagem que a sustenta, a forma como foi executada, quais os resultados obtidos e a sua discussão, e por fim, as conclusões que se podem retirar da sua implementação.

4.1. Fundamentação teórica

Porter e McClure (2013) definem *delirium* como um estado agudo de confusão, comum em doentes internados em cuidados intensivos. Estes autores salientam ainda que, este estado se caracteriza por uma perturbação da consciência, uma alteração na cognição e um desenvolvimento num curto período temporal. Reade e Finfer (2014) afirmam que o *delirium* é uma manifestação, geralmente reversível, de uma doença aguda, sendo a desatenção apontada como a sua principal característica. Tudo isto é corroborado por Faria e Moreno (2013), quando dizem que o *delirium* pode ser definido como uma disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações transitórias e flutuantes do estado de consciência, acompanhadas de compromisso cognitivo.

Existem três subtipos de *delirium* (Hickin et al., 2017; Faria & Moreno, 2013; Porter & McClure, 2013): hiperativo (agitação psicomotora, inquietação, tentativa de remoção de dispositivos invasivos), hipoativo (lentificação psicomotora, apatia, letargia, diminuição da resposta a estímulos externos) e misto (alteração imprevisível de sintomas entre os dois subtipos anteriores). Hickin et al. (2017), salientam que o subtipo de *delirium* mais comum é o misto (54.9%), seguido do hipoativo (43.5%) e apresentam o hiperativo como o subtipo menos frequente (1.6%). Ainda segundo estes autores, o *delirium* hipoativo é o que apresenta um pior prognóstico.

Muitos fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* têm sido descritos. Entre eles destacam-se a idade avançada, a hipertensão arterial, o tabagismo, a dependência de

álcool, a depressão, a doença crónica, a demência pré-existente, o nível de gravidade da doença elevado, a sépsis, as alterações metabólicas, a contensão física, a presença de dispositivos invasivos como o cateter vesical, o cateter venoso central ou a sonda nasogástrica (Barr et al., 2013; Faria & Moreno, 2013).

A taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados em UCI varia entre os 16% (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial & Skrobik, 2001) e os 89% (Ely et al., 2007). A presença de *delirium* está associada a consequências graves como a deterioração do estado físico e mental, o aumento do tempo de internamento, do tempo de ventilação mecânica, da morbilidade, da mortalidade, dos custos, e a existência de alterações cognitivas, funcionais e emocionais a longo prazo (Serafim et al., 2015; Porter & McClure, 2013; Salluh et al. 2010).

Perante tudo o que foi descrito anteriormente, é crucial prevenir o desenvolvimento de *delirium*. A identificação dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium* pode facilitar a prevenção desta perturbação. Neste sentido, surgiram os modelos preditivos do *delirium*, os quais se tornaram uma mais-valia na prática diária (Boogaard et al., 2012). O PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium for Intensive Care patients), foi o primeiro modelo de previsão do *delirium* criado para cuidados intensivos. Este modelo foi validado em 2012 e prevê, de forma confiável, o desenvolvimento de *delirium* ao longo do internamento, mediante 10 preditores [idade, grupo diagnóstico, admissão urgente, administração de morfina, infeção, coma, sedação, ureia, acidose metabólica, pontuação APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II)] avaliáveis 24 horas após a admissão do doente (Boogaard et al., 2012). Se o PRE-DELIRIC for $\geq 50\%$, está-se perante um doente com alto risco de desenvolver *delirium* (Boogaard et al., 2012). Faria e Moreno (2013) salientam que, num doente com uma classificação de baixo risco não se exclui a possibilidade de desenvolver *delirium*, pois está-se perante um modelo estático e não dinâmico. Wassenaar et al. (2015) afirmam que este modelo é limitado pelo facto de requerer preditores obtidos durante as primeiras 24 horas de internamento na UCI. Um número relevante de doentes desenvolve *delirium* durante este período e as medidas preventivas devem, idealmente, ser aplicadas tão mais cedo quanto possível (Wassenaar et al., 2015). Assim, em 2015, é validado o segundo modelo preditivo do *delirium* para cuidados intensivos, o E-PRE-DELIRIC (Early PREdiction of DELIRium for Intensive Care patients), constituído por nove preditores (idade, história de alterações cognitivas, história de abuso de

álcool, grupo diagnóstico, admissão urgente, tensão arterial média, administração de corticosteróides, insuficiência respiratória, ureia) avaliados no momento da admissão na UCI (Wassenaar et al., 2015). Um doente com um E-PRE-DELIRIC $\geq 35\%$, tem alto risco de desenvolver *delirium* (Wassenaar et al., 2015).

Com o objetivo de se perceber qual dos dois modelos faz uma previsão mais correta, dos doentes que vêm a desenvolver *delirium* ao longo do internamento, surge o DECISION study (DELirium prediCtIon in the intenSIve care unit: head to head comparisON of two delirium prediction models). Os resultados deste estudo foram anunciados em 2017, onde o PRE-DELIRIC surge como o modelo mais fiável (Wassenaar et al., 2017)

Boogaard et al. (2012) dizem-nos que a utilização do PRE-DELIRIC, ao identificar os doentes de alto risco, contribui para uma melhor gestão de recursos pois apenas são abordados estes doentes, e para a implementação precoce de medidas preventivas, onde o enfermeiro tem uma intervenção fundamental.

Em 2013 foram atualizadas as *guidelines* para a gestão da dor, agitação e *delirium* (Barr et al., 2013). Com o objetivo de se cumprir o que é recomendado nestas *guidelines*, veio-se a criar a *bundle* ABCDEF (Figura nº 4): A- avaliação, prevenção e gestão da dor; B- treino de despertar e respiração espontânea; C- escolha da sedação e analgesia; D- avaliação, prevenção e gestão do *delirium*; E- mobilização precoce; F- envolvimento familiar (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017). A evidência científica recomenda fortemente a utilização desta *bundle* na prevenção e gestão do *delirium* pois ela possibilita uma abordagem completa do doente, uma melhor utilização dos recursos, um melhor controlo da dor, uma diminuição do compromisso cognitivo, uma melhoria na taxa de sobrevivência hospitalar, uma diminuição na taxa de prevalência de *delirium* e uma diminuição do número de dias de ventilação mecânica e de internamento (Barnes-Daly, Phillips & Ely, 2017; Marra et al., 2017; Bounds et al., 2016; Balas et al., 2014; Vasilevskis et al., 2010).

Figura nº 4 - Bundle ABCDEF


	Avaliação, prevenção e gestão da dor <ul style="list-style-type: none">- Monitorização frequente da dor;- Utilização da BPS para avaliação da dor;- Garantia de um controlo adequado da dor.
	Treino de despertar e respiração espontânea <ul style="list-style-type: none">- Treino diário de despertar e respiração espontânea;- Coordenação multidisciplinar dos cuidados;- Abandono mais rápido da ventilação mecânica invasiva.
	Escolha da sedação e analgesia <ul style="list-style-type: none">- Quando necessário o uso de sedação, recorrer a sedação ligeira;- Evitar as benzodiazepinas;- Utilizar dexmedetomidina em caso de alto risco de desenvolver <i>delirium</i>.
	Avaliação, prevenção e gestão do <i>delirium</i> <ul style="list-style-type: none">- Avaliação frequente do CAM-ICU;- Implementação de medidas não farmacológicas;- Utilizar dexmedetomidina em caso de <i>delirium</i> hiperativo.
	Mobilização precoce <ul style="list-style-type: none">- Coordenar a atividade física com os períodos de treino de despertar/ausência de sedação;- Avaliar progresso através da amplitude dos movimentos, do equilíbrio, das atividades de vida diárias.
	Envolvimento familiar <ul style="list-style-type: none">- Reorientação;- Estimulação cognitiva; promoção do suporte emocional;- Participação na mobilização.

BPS = Behavioral Pain Scale

CAM-ICU = Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidade de Cuidados Intensivos

Fonte: Hayhurst, Pandharipande & Hughes, 2016

No âmbito da letra “D” da *bundle* supracitada, é importante monitorizar o *delirium*, uma vez que este é frequentemente subdiagnosticado (Porter & McClure, 2013). Ely, Siegel e Inouye (2001) afirmam mesmo que, 3 a 66% dos casos de *delirium* não são diagnosticados. As *guidelines* atuais recomendam que seja feita uma avaliação diária desta perturbação (Barr et al., 2013). O Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidades de Cuidados



Intensivos (CAM-ICU), é a ferramenta aconselhada para avaliação do *delirium*, pois dentro das existentes para o efeito, é a que apresenta maior sensibilidade e especificidade (Luetz et al., 2010) (Anexo F). Já na área da prevenção, a abordagem não farmacológica tem sido consistentemente demonstrada como a estratégia mais eficaz em doentes hospitalizados (Oh, Fong, Hsieh & Inouye, 2017). Nesta área, destaca-se a mobilização precoce, a hidratação adequada, a melhoria do sono, a redução do ruído, a orientação no tempo e no espaço, as atividades terapêuticas para estimulação cognitiva e a otimização visual e auditiva, caso necessário (Oh et al., 2017; Choi, 2013). No que diz respeito às estratégias farmacológicas para prevenir o *delirium*, não existe um consenso. Hipp e Ely (2012) dizem-nos que, nos últimos anos têm sido desenvolvidos vários estudos, no sentido de analisar estratégias farmacológicas para prevenir o aparecimento de *delirium* nos doentes internados em cuidados intensivos, no entanto, os resultados obtidos são muito discordantes.

Sintetizando, o *delirium* é uma temática importante na área da segurança do doente crítico. A redução da sua incidência numa UCI deve ser considerada um indicador de qualidade e um objetivo a alcançar, representando uma melhoria na prestação de cuidados ao doente (Faria & Moreno, 2013). Os mesmos autores salientam ainda que, é necessária a consciencialização, por parte dos profissionais de saúde, da importância deste tema, quer na prática clínica diária, quer no impacto a longo prazo.

Esta estratégia de intervenção foi suportada por uma teoria de enfermagem. Rosa, Sebold, Arzuaga, Santos e Radünz (2010) dizem-nos que, as teorias são essenciais para todas as profissões, salientando que a enfermagem utiliza as suas pesquisas e teorias como forma de articulação organizada e sistemática do seu objeto de estudo. Estes autores referem ainda que, o desenvolvimento de teorias de enfermagem permite explicar os referenciais teóricos que justificam as diferentes práticas da profissão. Indo de encontro a esta linha de pensamento, Martins (2006) diz-nos que, as teorias servem de referencial para a prática profissional, direcionando o cuidado.

Villalobos (2001) afirma que, o desenvolvimento das teorias de enfermagem tornou-se necessário para que a teoria guiasse a prática. Esta autora refere ainda que, as teorias de enfermagem são construções, desde uma prática idealizada, com a finalidade de orientar as ações de enfermagem. Corroborando com esta linha de pensamento, Fialho, Pagliuca e Soares (2002), defendem que as teorias de enfermagem foram construídas com o objetivo

de organizar as atividades profissionais, sendo consideradas caminhos para a explicação de um fenómeno.

Assim, as teorias de enfermagem configuram-se como um suporte para a prática profissional. A forma de atuação do enfermeiro reflete os pressupostos das diferentes teorias de enfermagem construídas, funcionando estas como instrumentos que transferem para a prática os conhecimentos teóricos. Em suma, as diversas teorias de enfermagem existentes, explicam e orientam o agir do enfermeiro.

Dentro das diferentes teorias de enfermagem desenvolvidas, esta intervenção profissional na área do *delirium* no doente em UCI, enquadra-se na linha orientadora da Teoria das Transições de Meleis. Isto porque, o ser humano, devido a doença, não consegue experienciar o equilíbrio na interação com o meio, refletindo-se este aspeto na incapacidade para se adaptar e para se auto cuidar (Meleis, 2010). Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) salientam que, é sobre esta incapacidade, que o enfermeiro desenvolve intervenções ajustadas a cada doente e respetiva família, de forma a promover respostas saudáveis para a transição. Assim, esta teoria de médio alcance, orienta a prática de enfermagem, permitindo ao enfermeiro um entendimento mais profundo do processo de transição saúde/doença e uma adoção de estratégias face à situação que está a ser vivenciada (Meleis et al., 2000).

Meleis (2010) diz-nos que a transição pode ser ou não desejada, e resultar ou não de uma escolha pessoal, conseguindo-se estabelecer uma ligação com o desenvolvimento de *delirium* no doente internado em cuidados intensivos. Assim, a autora salienta que é fundamental conhecer as propriedades da transição para compreender melhor as suas condicionantes e consequências em saúde. Neste sentido, Correia, M. (2012) defende que, a interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição deve acontecer num contexto harmonioso, de colaboração e ajuda, o que funciona como indicador de uma transição saudável. Esta autora destaca ainda que, o facto de o doente estar situado no tempo, espaço e relações, é fundamental na maioria das transições, sendo que este aspeto no doente que desenvolve *delirium*, é mesmo crucial.

4.2. Objetivos

Em 2015, num período de tempo igual ao do Estágio Final, 42.9% dos doentes internados na UCIP desenvolveram *delirium* ao longo do internamento. Já em 2016, este valor diminuiu para 38.1%, no mesmo espaço temporal, sem qualquer intervenção. Perante esta realidade, e sendo o *delirium* um indicador de qualidade do serviço, tem-se como principal objetivo, reduzir a taxa de prevalência desta perturbação nos doentes internados na referida UCI.

Dentro do objetivo geral apresentado, foram definidos três objetivos específicos. São eles: estruturar a abordagem do *delirium* na UCIP, no âmbito da prevenção, com a construção de um fluxograma; facilitar a introdução de medidas preventivas do *delirium* na prática diária; contribuir para a diminuição das consequências associadas ao *delirium*.

4.3. Metodologia

No início do Estágio Final reuniu-se com a Enfermeira Responsável pela UCIP, concluindo-se que era necessária a criação de um instrumento de trabalho que estruturasse e organizasse a abordagem que deve ser feita, no âmbito da prevenção do *delirium*, de modo a facilitar a sua implementação na prática diária. Salienta-se que, a Enfermeira Responsável pelo serviço já foi formadora em várias sessões sobre o *delirium*, colaborou num estudo multicêntrico sobre a temática e pertence ao grupo da UCIP que dinamiza atividades nesta área, pelo que se considera que o levantamento de necessidades foi feito com recurso a um informador chave. A temática a explorar foi, de seguida, apresentada ao Enfermeiro Supervisor, a qual foi reconhecida como uma mais-valia visto se tratar de uma necessidade do serviço.

Após a seleção da área a trabalhar, foi entregue a proposta de projeto de estágio à Universidade de Évora (Anexo G), foi feito o pedido de parecer à Comissão de Ética da referida Universidade (Anexo H) e do HESE-EPE (Anexo I), incluindo pedido de

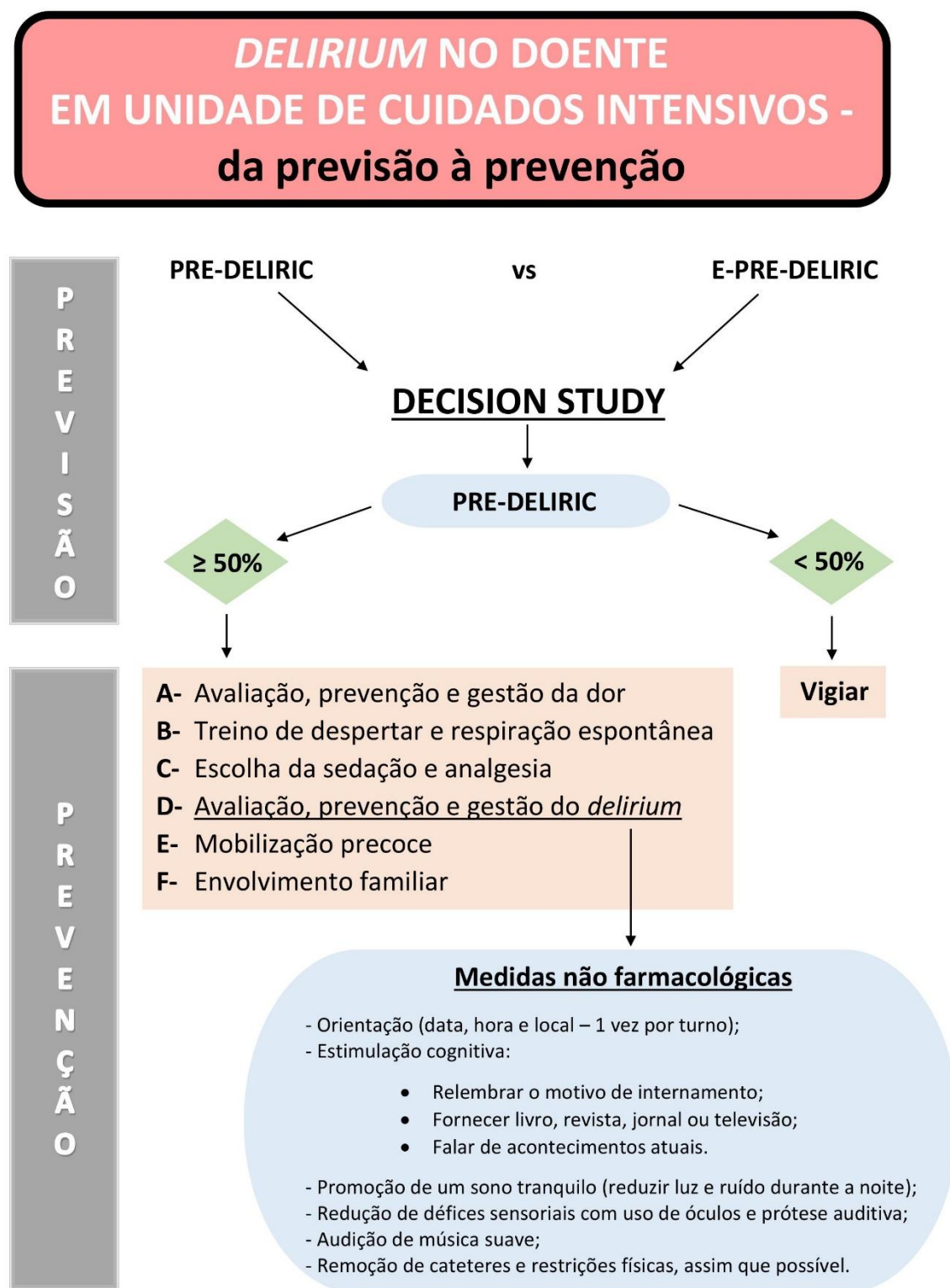
autorização ao Conselho de Administração da instituição em causa, para implementação desta estratégia de intervenção, obtendo-se parecer positivo em todas as solicitações.

Perante isto, foi criado um instrumento de trabalho sob a forma de fluxograma (Figura nº 5), que permite a identificação dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium* (previsão), aos quais são aplicadas medidas preventivas não farmacológicas (prevenção). Assim, aos doentes admitidos durante o Estágio Final, implementou-se o fluxograma construído [cálculo do PRE-DELIRIC (Anexo J) → identificação dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium* → implementação da *bundle* ABCDEF, com ênfase na letra “D”, onde se fez a monitorização do *delirium* e a aplicação de medidas preventivas não farmacológicas]. Abordou-se apenas a letra “D” da *bundle* ABCDEF, por ser aquela que permite uma abordagem direta da perturbação em análise. Este processo foi assegurado por um enfermeiro com treino nas diferentes ferramentas utilizadas. Os dados colhidos ao longo deste processo foram colocados numa tabela previamente construída (Tabela nº 5).

Como critérios de exclusão estabeleceu-se o tempo de internamento < 24 horas, uma pontuação < -3 na RASS mantida ao longo de todo o internamento e a existência prévia de alterações cognitivas.

A avaliação do *delirium* foi feita com recurso ao CAM-ICU, bastando uma avaliação positiva ao longo do internamento para se considerar *delirium* presente.

Figura nº 5 - Fluxograma para prevenção de *delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos



PRE-DELIRIC = Prediction of delirium for intensive care patients

E-PRE-DELIRIC = Early prediction of delirium for intensive care patients

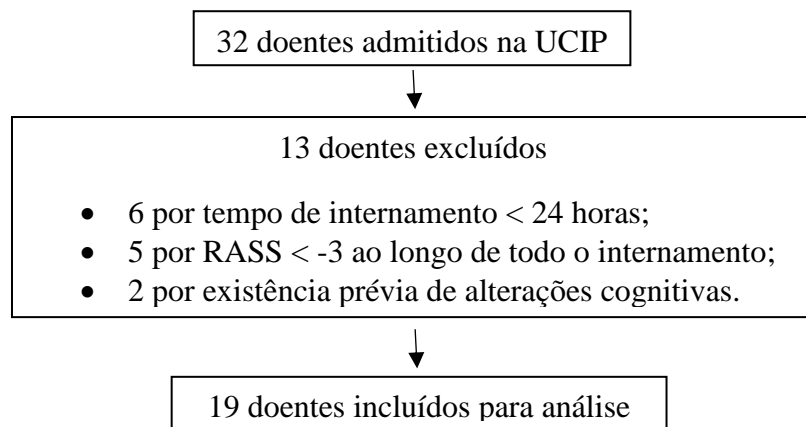
Fonte: Próprio

Adaptado de: Marra et al., 2017; Oh et al., 2017; Wassenaar et al., 2017; Choi, 2013

4.4. População

Tendo em conta os critérios de exclusão definidos, a amostra foi constituída por 19 doentes, conforme patente na Figura nº 6.

Figura nº 6 - Fluxograma dos doentes incluídos para análise



UCIP = Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

RASS = Escala de Agitação e Sedação de Richmond

Fonte: Próprio

Foram ainda colhidas variáveis como a idade, o sexo, o número de dias de ventilação mecânica e de internamento, a sobrevivência ou não na UCIP e o valor de APACHE-II (Tabela nº 5).

Tabela nº 5 - Dados dos doentes incluídos para análise

Idade	Sexo	Dias de ventilação mecânica	Dias de internamento na UCIP	Sobrevivência na UCIP	APACHE-II	PRE-DELIRIC (%)	Delirium
77	F	10	13	Sim	23	54	Presente
88	F	4	5	Sim	27	66	Ausente
48	F	0	2	Sim	18	38	Ausente
50	M	4	6	Sim	13	40	Presente
26	F	0	2	Sim	11	25	Ausente
56	F	15	15	Não	18	44	Ausente
84	M	1	2	Sim	19	51	Ausente
73	F	0	3	Sim	17	39	Ausente
50	F	3	10	Sim	34	72	Ausente
70	M	0	2	Sim	24	56	Ausente
84	M	1	3	Sim	16	74	Ausente
70	F	1	4	Sim	17	45	Ausente
52	M	5	7	Sim	23	68	Presente
55	F	1	2	Sim	22	21	Ausente
86	M	7	7	Não	19	40	Presente
58	F	3	4	Sim	31	61	Presente
60	M	10	10	Não	18	39	Ausente
43	M	6	8	Sim	13	28	Ausente
79	F	1	2	Sim	23	60	Ausente

UCIP = Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
APACHE-II = Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II
PRE-DELIRIC = Prediction of delirium for intensive care patients

Fonte: Próprio

4.5. Resultados

Num total de 32 doentes admitidos na UCIP durante o Estágio Final, 13 foram excluídos. Assim, a amostra foi constituída por 19 doentes (Figura nº 6), cujas características demográficas e clínicas estão patentes na Tabela nº 6.

Tabela nº 6 - Características demográficas e clínicas dos doentes incluídos para análise

Variável	
Idade em anos, média (min/máx)	63.6 (26/88)
Sexo, <i>n</i> (%)	
Masculino	8 (42.1)
Feminino	11 (57.9)
Pontuação APACHE-II, média (min/máx)	20.3 (11/34)
PRE-DELIRIC \geq 50%, <i>n</i> (%)	9 (47.4)
<i>Delirium</i> presente, <i>n</i> (%)	5 (26.3)

min = mínimo

máx = máximo

APACHE-II = Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II

PRE-DELIRIC = Prediction of delirium for intensive care patients

Fonte: Próprio

A média de idade dos doentes incluídos foi de 63.6 anos. 42.1% dos doentes analisados eram do sexo masculino. O motivo mais frequente de exclusão foi o tempo de internamento inferior a 24 horas, seguido de uma pontuação RASS < -3 mantida ao longo de todo o internamento, sendo a percentagem total de excluídos de 40.6%.

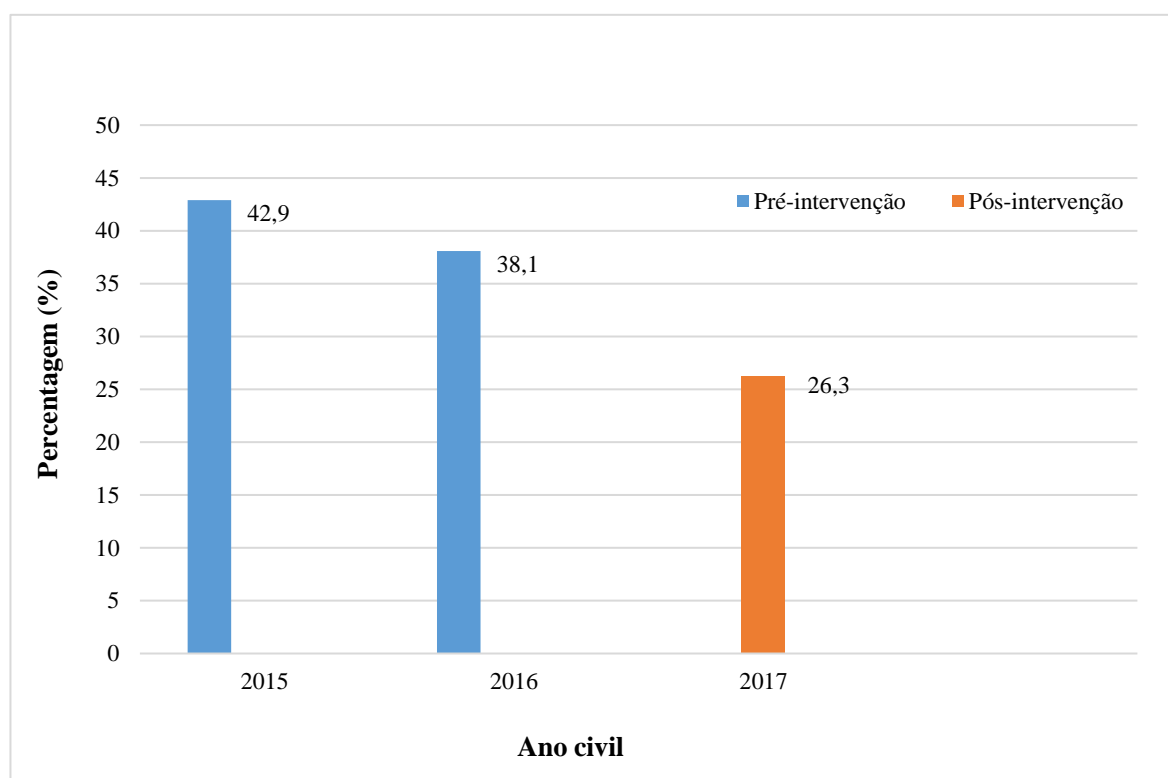
A maioria dos doentes apresentou um PRE-DELIRIC entre os 30% e os 40%. Dos 9 doentes com PRE-DELIRIC \geq 50%, 3 desenvolveram a perturbação em estudo, enquanto que, em 6 dos casos isso não se verificou.

Dos doentes incluídos, 5 apresentaram *delirium*, o que corresponde a 26.3% da amostra em análise. Destes, 3 tinham sido identificados como doentes com alto risco de desenvolver *delirium* (PRE-DELIRIC \geq 50%), enquanto que 2 tinham apresentado um PRE-DELIRIC $<$ 50%.

Na amostra analisada, os doentes apresentaram uma média de 3.8 dias de ventilação mecânica e de 5.6 dias de internamento. O valor médio de APACHE-II foi de 20.3 e a taxa de mortalidade foi de 15.8%. Os 5 doentes que desenvolveram *delirium*, apresentaram mais dias de ventilação mecânica e de internamento. Destes 5 doentes, 3 apresentavam um valor de APACHE-II superior à média da amostra em estudo e um deles faleceu.

A implementação das medidas não-farmacológicas no âmbito da letra “D” da *bundle* ABCDEF, por parte do enfermeiro, contribuiu para que, dos 9 doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, apenas 3 apresentassem esta perturbação. Com esta intervenção, a taxa de prevalência de *delirium* reduziu face a iguais períodos de anos anteriores (11.8% em relação ao período de 2016 e 16.6% em relação ao período de 2015), como se encontra patente no Gráfico nº 4.

Gráfico nº 4 - Prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP



Fonte: Próprio
Adaptado de: UCIP, 2017

4.6. Discussão

O *delirium* é uma perturbação cerebral aguda que pode atingir de 22% a cerca de 80% dos doentes internados em cuidados intensivos (Porter & McClure, 2013). Na amostra analisada, a taxa de prevalência desta perturbação foi de 26.3%, encontrando-se dentro do intervalo descrito, embora consideravelmente abaixo dos valores possíveis de atingir.

Constatou-se que, os doentes que desenvolvem *delirium* ao longo do internamento em UCI, acabam por apresentar mais dias de ventilação mecânica e um período de internamento mais longo, algo que vai de encontro a estudos prévios como os de Hickin et al. (2017) e de Smith e Grami (2017). Apesar desta associação a piores resultados clínicos, não ficou evidente a relação entre a presença de *delirium* e o aumento da taxa de mortalidade.

É recomendado que, o primeiro passo para prever a taxa de prevalência de *delirium*, seja o uso de um modelo preditivo (Chen, Du, Wei, Chang & Dong, 2017; Wassenaar et al., 2015). Neste âmbito, o PRE-DELIRIC mostra uma predição confiável e a sua utilização permite estratificar os doentes de acordo com o seu risco de desenvolver esta perturbação, sendo trabalhados apenas os que apresentam alto risco (Chen et al., 2017; Boogaard et al., 2012). Isto permite ao enfermeiro, implementar medidas preventivas de imediato e, consequentemente, melhorar o prognóstico destes doentes (Chen et al., 2017; Wassenaar et al., 2015; Boogaard et al., 2012). Estas mais-valias fazem com que o uso diário do PRE-DELIRIC, na prática de cuidados intensivos, seja aconselhado (Boogaard et al., 2012). Na amostra em análise, apenas 3 dos 9 doentes com PRE-DELIRIC $\geq 50\%$ desenvolveram *delirium*, revelando um nível de predição correta inferior a estudos anteriores (Chen et al., 2017; Paton, Elliott & Chohan, 2016). Apesar disto, há que ressaltar que, a estes doentes com elevado risco de desenvolver *delirium*, foram implementadas medidas preventivas no sentido de tal não se verificar, o que pode justificar estes resultados.

Uma das variáveis necessárias ao cálculo do modelo PRE-DELIRIC é o APACHE-II, um sistema que classifica a gravidade da doença, no qual, um valor mais elevado corresponde a um quadro clínico mais grave (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1985). Nesta amostra, a maioria dos doentes que apresentou *delirium* ao longo do internamento, tinha um valor de APACHE-II acima da média obtida (20.3), podendo-se afirmar que, os doentes com uma situação clínica mais grave estão mais propensos ao desenvolvimento de *delirium*. Esta correlação já foi comprovada anteriormente, como por exemplo, no estudo desenvolvido por Pei, Yu, Wu & Zhou (2017).

A incorporação da evidência das *guidelines* para a gestão da dor, agitação e *delirium* na *bundle* ABCDEF, mostrou ter efeitos positivos, pois esta sistematização na abordagem ao doente crítico teve resultados como a diminuição da taxa de *delirium* e da taxa de mortalidade (Barnes-Daly et al., 2017; Bounds et al., 2016; Balas et al., 2014). Apesar de


nesta intervenção, apenas a letra “D” da referida *bundle* ter sido implementada, os resultados também foram positivos. A implementação de medidas preventivas não farmacológicas contribuiu para que, 6 dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, não viessem a apresentar esta perturbação. Existem estudos prévios com resultados que estão em concordância com estes achados (Barnes-Daly et al., 2017; Oh et al., 2017; Bounds et al., 2016).

Como visto, a utilização da *bundle* ABCDEF em cuidados intensivos contribui para a melhoria dos resultados obtidos, mesmo não sendo implementada no seu todo. Assim sendo, o enfermeiro tem uma intervenção ativa neste aspeto pois possui autonomia para atuar em algumas áreas que constituem a *bundle*, como a monitorização do *delirium* com o CAM-ICU e a implementação de medidas preventivas não farmacológicas.

Paton et al. (2016) dizem-nos que o *delirium* é um estado mental subvalorizado nas UCI mas que apresenta consequências graves, pelo que é necessário existir uma abordagem estruturada a estes doentes. Nesta intervenção, foi criado um fluxograma para prevenir o desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados na UCIP e, consequentemente, reduzir a sua taxa de prevalência. O objetivo foi alcançado, o que permite afirmar que foi construído um instrumento de trabalho com relevância clínica. Ele foca-se em dois aspetos significativos, o modelo PRE-DELIRIC (previsão) e a *bundle* ABCDEF, com especial destaque para a letra “D” (prevenção). Tendo em conta a importância acima descrita, destes dois elementos, considera-se que a criação do fluxograma constitui um facto importante na construção de conhecimento. Isto enquadra-se no compromisso com a qualidade dos cuidados de saúde, o qual tem colocado aos enfermeiros, novas e desafiantes metas de desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem, com o intuito de alcançar uma resposta adequada às necessidades existentes (Mendonça, Basto & Ramos, 2016).

4.7. Conclusões

O fluxograma construído pode ser utilizado, proveitosamente, nos doentes internados na UCIP. Ele permitiu identificar os doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, aos quais foram aplicadas medidas preventivas não farmacológicas, levando à redução da taxa




de prevalência desta perturbação mental. Assim, pode-se afirmar que o objetivo inicialmente definido, foi alcançado com sucesso. Tendo em conta os resultados obtidos com a aplicação do fluxograma criado, considera-se que este constitui um valor adicional à segurança do doente na prática diária e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Esta intervenção mostra que é importante o uso de um modelo preditivo do *delirium* em cuidados intensivos, o que, associado a uma prevenção precoce, traz benefícios para a prática clínica. Assim, o modelo PRE-DELIRIC e a *bundle* ABCDEF, são elementos a incorporar na abordagem diária ao doente crítico.

O instrumento criado permite ao enfermeiro fazer uma abordagem sistematizada dos doentes, na vertente da prevenção do *delirium* em UCI. Esta intervenção tem o suporte teórico da Teoria das Transições de Meleis, a qual, para além de possibilitar a compreensão da transição pela qual o indivíduo passa num processo de doença, permite ao enfermeiro desenvolver competências para cuidar neste contexto.

Em termos de estratégias futuras, como forma de melhoria, pretende-se formar os restantes profissionais de enfermagem da UCIP para que possam ser envolvidos nesta intervenção, colocando-a em prática mais fácil e frequentemente. Tenciona-se implementar a *bundle* ABCDEF no seu todo, com o envolvimento da equipa médica, de forma a assegurar uma abordagem multidisciplinar, potenciando os resultados obtidos. Pondera-se a introdução de medidas farmacológicas preventivas.

Esta intervenção teve duas limitações significativas. Primeiramente, o curto período de tempo em que foi executada, algo que se refletiu no tamanho da amostra. O facto de o número de doentes incluídos para análise ter sido reduzido, condiciona a generalização das conclusões obtidas. Em segundo lugar, a utilização das ferramentas de trabalho envolvidas no fluxograma construído (PRE-DELIRIC, CAM-ICU e *bundle* ABCDEF) implicam um profissional treinado no seu uso, o que fez com que todas as avaliações e intervenções ficassem a cargo de um único enfermeiro, uma vez que não existiam mais elementos com experiência na matéria. Este aspeto fez ainda com que, a implementação da letra “D” da *bundle* ABCDEF, não tenha sido assegurada diariamente tal como é recomendado.



Esta estratégia foi alicerçada pelos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem e teve subjacente o conceito de prática baseada na evidência, o que, consequentemente, representa um contributo para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

Perante tudo o que foi dito anteriormente, é possível afirmar que a implementação desta estratégia de intervenção contribuiu, de forma significativa, para a aquisição de diversas competências. No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, destaca-se o contributo dado para a aquisição de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio das aprendizagens profissionais. Já nas competências específicas do EEEPSC, o contributo mais revelante foi ao nível da competência K1. Em termos das competências de mestre, esta intervenção em particular, foi determinante para a aquisição da competência que nos diz que o mestre em enfermagem inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Campos, Faria & Santos (2010) referem que, a avaliação pode ser entendida como uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre diversas situações e processos. Corroborando com esta ideia, Capucha (2008, p. 45) afirma que, a avaliação é o “principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das acções desenvolvidas”. Assim, pode-se afirmar que o processo de avaliação e controlo teve um papel fulcral no desenrolar do Estágio Final.


Um dos aspetos fundamentais neste processo de avaliação e controlo foi o contacto permanente com o Enfermeiro Supervisor e regular com os Professores Orientadores, o que possibilitou um acompanhamento do trabalho desenvolvido, da postura adotada, das dificuldades sentidas, das aprendizagens assimiladas e dos aspetos a melhorar.

Formalmente, foram realizadas duas reuniões entre os intervenientes acima referidos. Uma intermédia, com vista ao controlo das atividades em curso e onde foi possível introduzir medidas corretivas, direcionadas para melhorar o cumprimento dos objetivos estabelecidos, e uma final, onde foi feito um balanço de todo o trabalho desenvolvido.

A elaboração do projeto de estágio (Apêndice A), revelou-se uma mais-valia ao longo deste percurso pois funcionou como um guia orientador do trabalho que se pretendia desenvolver. Os objetivos definidos foram atingidos e atividades planeadas foram implementadas.

A identificação das necessidades levou à implementação de uma estratégia de intervenção na área do *delirium* no doente em UCI, a qual serviu de base à criação de um artigo científico (Apêndice D) e representou um grande contributo para a aquisição das competências de enfermeiro especialista e de mestre.

O cronograma construído no início do Estágio Final foi cumprido na integra, não necessitando de qualquer ajuste ao nível das atividades e dos períodos temporais inicialmente definidos.



Em suma, considera-se que este processo de avaliação e controlo contribuiu para a qualidade dos serviços prestados, tal como é defendido por Campos et al. (2010).


CONCLUSÃO

A evolução da sociedade, da tecnologia e da ciência, reflete-se numa Enfermagem em constante desenvolvimento e crescimento, o que exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada, de modo a satisfazer as necessidades da população. Isto implica que os enfermeiros se consciencializem da necessidade de adquirir, atualizar e aprofundar os seus saberes teóricos e práticos. É de destacar que, a permanente atualização de conhecimentos é um dever ético e deontológico do enfermeiro, associado à sua responsabilidade social. É a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, que permite caminhar em direção a uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, essenciais para a excelência do cuidar.

Perante o supracitado, afirma-se que o Estágio Final constituiu um elemento fundamental no processo de evolução enquanto profissional de enfermagem, colaborando com novas experiências, o que permitiu desenvolver competências científicas, técnicas e humanas. Refletiu-se sobre estas experiências, dissecando-as, o que permitiu perceber quais os seus contributos para a evolução pessoal e profissional. Refletir é, sem dúvida, um ato de aprendizagem.

A análise das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC e das competências de mestre, mediante a reflexão crítica das atividades desenvolvidas, espelha o percurso sólido e intenso que se fez ao longo do Estágio Final. Esta reflexão foi extremamente produtiva e enriquecedora, conseguindo-se perceber quais as capacidades adquiridas e as dificuldades sentidas. Foi perceptível que existem áreas que requerem maior investimento, nomeadamente, no domínio da gestão de cuidados e na área da catástrofe ou emergência multi-vítima. Apesar disto, na generalidade, pode-se afirmar que todas as competências foram adquiridas, o que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Nesta perspetiva, o futuro antevê-se desafiante pois há que transpor as competências assimiladas para a prática diária.

A estratégia de intervenção profissional desenvolvida no âmbito do *delirium* no doente em UCI, colmatou uma lacuna existente na UCIP. Com ela, conseguiu-se reduzir a taxa de prevalência de *delirium* no doente crítico internado na UCIP. A esta intervenção esteve



subjacente a construção de um fluxograma, um instrumento de trabalho que funcionou como guia orientador para a prática. Os resultados positivos desta intervenção, permitem afirmar que se deu mais um passo na área da qualidade da prestação de cuidados. A implementação desta estratégia de intervenção exigiu motivação e dedicação, não só em termos de pesquisa bibliográfica e de planeamento, mas também na sua aplicação ao doente crítico. Foi algo que obrigou a um acompanhamento diário do doente, com avaliações frequentes da presença de *delirium*, o que implicou um grande investimento pessoal.


Pelo explanado ao longo deste Relatório de Estágio, considera-se que os objetivos definidos foram alcançados.

Fica claro que, cabe ao mestre em enfermagem, criar, desenvolver e disseminar conhecimento, de acordo com a evidência científica mais recente. Esta proliferação e transferibilidade de conhecimentos, levará a mudanças na praxis diária, sempre no sentido da melhoria dos cuidados e da segurança do doente. Neste sentido, o artigo construído durante o Estágio Final, quando divulgado, irá exercer essa função.

A maior dificuldade sentida ao longo do Estágio Final prendeu-se com a gestão do tempo, uma vez que, eram muitas atividades para realizar num curto período temporal. Apesar disto, conseguiram-se implementar todas as intervenções planeadas no período de tempo estabelecido, cumprindo-se assim o cronograma construído aquando da realização do projeto de estágio.

O Estágio Final decorreu sem qualquer incidente, muito devido à disponibilidade sempre demonstrada por toda a equipa multidisciplinar, tendo de destacar o acolhimento e incentivo por parte da Enfermeira Responsável pela UCIP e do Enfermeiro Supervisor. No final do estágio reina um sentimento de satisfação pelas atividades desenvolvidas, pelas competências adquiridas, pelo crescimento pessoal e profissional e pelos contributos dados para a evolução da Enfermagem.

Este Relatório de Estágio dá resposta ao elemento de avaliação da unidade curricular Relatório, o que significa que o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, se aproxima do final. Foi um período de trabalho árduo, mas sem desafios não há mudança e sem mudança não há progresso. O fim deste percurso académico



não é um ponto final na busca por uma prestação de cuidados de excelência. Há um longo caminho a trilhar com obstáculos para superar, mas se nos movermos pela motivação, pela ambição, pela ânsia de saber mais para fazer melhor, certamente que se consegue alcançar o que se ambiciona.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washinton, DC: American Psychiatric Association.

Assis, C. (2010). *O Enfermeiro Gestor: que dificuldades* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Acedido a 2 de março de 2018. Retirado de https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodrigues.pdf

Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2013). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Acedido a 4 de dezembro de 2017. Retirado de http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf

Balas, M., Vasilevskis, E., Olsen, K., Schmid, K., Shostrom, V., Cohen, M., ... Burke, W. (2014). Effectiveness and Safety of the Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring/Management, and Early Exercise/Mobility (ABCDE) Bundle. *Crit Care Med*, 42(5), 1024-1036. Acedido a 26 de dezembro de 2017. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105208/pdf/nihms594879.pdf>
DOI: 10.1097/CCM.0000000000000129

Barman, A., Pradhan, D., Bhattacharyya, P., Dey, S., Bhattacharjee, A., Tesia, S., & Mitra, J. (2018). Diagnostic accuracy of delirium assessment methods in critical care patients. *Journal Of Critical Care*, 44, 82-86. DOI: 10.1016/j.jcrc.2017.10.013

Barnes-Daly, M., Phillips, G., & Ely, E. (2017). Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients*. *Critical Care Medicine*, 45(2), 171-178. Acedido a 27 de dezembro de 2017. DOI: 10.1097/CCM.00000000000002149

Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely E., Gélinas, C., Dasta, J., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult

Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. Acedido a 15 de janeiro de 2018. Retirado de <http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf>
DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.

Bergeron, N., Dubois, M., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859–864. Acedido a 17 de fevereiro. DOI: <https://doi.org/10.1007/s001340100909>

Beuter, M., Brondani, C., Szareski, C., Cordeiro, F., & Roso, C. (2012). Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Esc. Anna Nery*, 16(1), 134-140. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a18.pdf>

Birzea, C. (1986). *Operacionalizar os Objectivos Pedagógicos*. Coimbra: Coimbra Editora.

Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A., Kuiper, M., Spronk, P., Voort, P., ... Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *BMJ*. 344:e420. Acedido a 28 de dezembro de 2017. Retirado de <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e420.full.pdf>
DOI: 10.1136/bmj.e420

Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos* (Trabalho de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Acedido a 27 de fevereiro de 2018. Retirado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf

Bounds, M., Kram, S., Speroni, K., Brice, K., Luschinski, M., Harte, S., ... Daniel, M. (2016). Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive

Care Unit Patients. *American Journal of Critical Care*, 25(6), 535-544. Acedido a 18 de fevereiro de 2018. DOI: 10.4037/ajcc2016209

Burström, L., Letterstål, A., Engström, M., Berglund, A., & Enlund, M. (2014). The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14:296. Acedido a 14 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-296?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

Câmara Municipal de Évora. (2012). Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Évora. Acedido a 4 de dezembro de 2017. Retirado de <https://www.cm-evora.pt/pt/servicos/protecao-civil/documents/plano%20municipal%20de%20emerg%C3%Aancia%20de%20protecao%20civil%20de%20evora.pdf>

Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), [09 telas]. Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25

Camelo, S. & Angerami, E. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 22(2), 552-60. Acedido a 23 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>

Campos, F., Faria, H., & Santos, M. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª edição. Editora Coopmed. Acedido a 26 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>

Canavarro, M., Moreira, H., Pereira, M., & Paredes, T. (2010). *Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, 243-268. Acedido a 13 de fevereiro. Retirado de

https://www.researchgate.net/publication/277102967_Qualidade_de_vida_e_saude_aplicacoes_do_WHOQOL

Capucha, L. (2008). *Planeamento Avaliação de Projectos – Guião Prático*. Ministério da Educação, Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Acedido a 26 de fevereiro de 2018. Retirado de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/planeamento_e_avaliacao_de_projectos_-_guiao_pratico_capucha_2008.pdf

Carreto-Binaghi, L., Damasceno, L., Pitangui, N., Fusco-Almeida, A., Mendes-Giannini, M., Zancopé-Oliveira, R., & Taylor, M. (2015). Could *Histoplasma capsulatum* Be Related to Healthcare-Associated Infections? *BioMed Research International*, Volume 2015, 1-11. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=7578af02-dcbc-4bfc-b8b2-1f255d924a3a%40pdc-v-sessmgr01>

Carvalho, F., & Rezende, A. (2013). A Enfermagem nos cuidados ao paciente com dor. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 4(2), 173-183. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/233/197>

Carvalho, M., Silva, M., Carvalho, M., Elias, C., Silva, K., & Santos, M. (2013). Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Revista Interdisciplinar*, 6(4), 60-67. Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/195/pdf_68

Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Sin, M., Blank, H., Ducomble, T., Harder, T., ... Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), 1-16. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5068791/pdf/pmed.1002150.pdf>

DOI: 10.1371/journal.pmed.1002150

Chen, Y., Du, H., Wei, B., Chang, X., & Dong, C. (2017). Development and validation of risk-stratification delirium prediction model for critically ill patients - A prospective, observational, single-center study. *Medicine*, 96, 29(e7543). Acedido a 17 de janeiro de 2018. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5521913/pdf/medi-96-e7543.pdf> DOI: 10.1097/MD.00000000000007543

Cheng, L., Feng, S., Hu, Y., & Broome, M. (2018). Leadership practices of nurse managers for implementing evidence-based nursing in China. *Journal Of Nursing Management*, 1-8. DOI: 10.1111/jonm.12594

Choi, J. (2013). Delirium in the intensive care unit. *Korean J Anesthesiol*, 65(3), 195–202. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3790029/pdf/kjae-65-195.pdf> DOI: 10.4097/kjae.2013.65.3.195

Correia, F. (2012). *Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS)* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). Acedido a 13 de fevereiro. Retirado de <https://pt.scribd.com/document/98923589/Traducao-adaptacao-cultural-e-validacao-da-Palliative-Outcome-Scale-no-Brasil>

Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI* (Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa). Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

Costa, C. (2010). *Relação entre Competências e Prática profissional dos Ortoptistas integrados nos Programas de Rastreio Visual Infantil* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora). Acedido a 23 de março de 2018. Retirado de <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/189/1/Rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20Compet%C3%Aancias%20e%20Pr%C3%A1tica%20profissional%20dos%20Ortoptistas%20integrados%20nos%20programas%20de%20rastreio%20visual%20infantil.pdf>

Coyne, E., Rands, H., Frommolt, V., Kain, V., Plugge, M., & Mitchell, M. (2018). Investigation of blended learning video resources to teach health students clinical skills: An integrative review. *Nurse Education Today*, 63, 101-107. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.01.021

Cunha, J. (2004). *A autonomia e a tomada de decisão no fim de vida* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina do Porto). Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/5/5506_TM_01_P.pdf

Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro. (2007). Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 42. Acedido a 21 de janeiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/470117>

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. (2009). Diário da República, 1.ª série, n.º 184. Acedido a 2 de novembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/490413>

DGS. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

DGS. (2005). Carta dos Direitos do Doente Internado. Acedido a 27 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

DGS. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

DGS. (2010a). Orientação n.º 007/2010 de 06/10/2010. Acedida a 4 de março de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

DGS. (2010b). Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD. Acedida a 15 de março de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/circular-normativa-n-13-dqs-dsd-14-6-2010-higiene-maos-pdf.aspx>

DGS. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico. Acedido a 14 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>

DGS. (2016). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Relatório 2015. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>

DGS. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Relatório 2017. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=33928>

Dias, H., & Paiva, K. (2009). Formação de competências gerenciais a partir de disciplinas de gestão no curso de enfermagem: percepções de alunos de universidade privada. *Reme – Rev. Min. Enferm.*, 13(4), 474-484. Acedido a 23 de março de 2018. Retirado de <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n4a03.pdf>

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.

Ely, E., Siegel, M., & Inouye, S. (2001). Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction. *Semin Respir Crit Care Med*, 22(2), 115-126. Acedido a 18 de fevereiro de 2018. DOI: 10.1055/s-2001-13826

Ely, E., Girard, T., Shintani, A., Jackson, J., Gordon, S., Thomason, J., Pun, B., ... Laskowitz, D. (2007). Apolipoprotein E4 polymorphism as a genetic predisposition to delirium in critically ill patients. *Crit Care Med*, 35(1), 112-117. Acedido a 17 de fevereiro. DOI: 10.1097/01.CCM.0000251925.18961.CA

ERS. (2018). Portal da Entidade Reguladora da Saúde. Acedido a 28 de janeiro. Retirado de https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1727

Faria, R., & Moreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147. Acedido a 17 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a12.pdf> DOI: 10.5935/0103-507X.20130025

Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Percursos*, 2(3), 36-40. Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9019/1/Revista%20Percursos%20n03_Investig_a%C3%A7%C3%A3o%20-%20Estudo%20Piloto%20sobre%20Necessidade%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20Cient%C3%ADfica%20para%20a%20Pr%C3%A1tica%20de%20Enfermagem.pdf

Fialho, A., Pagliuca, L., & Soares, E. (2002). Adequação da Teoria do Déficit de Autocuidado no Cuidado Domiciliar à luz do Modelo de Barnum. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(5), 715-720. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a14.pdf>
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500014>

Fullan, M. (2003). *Liderar Numa Cultura de Mudança*. Lisboa: Edições ASA.

Fuller, B., & Marler, L. (2009). Change driven by nature: A meta-analytic review of the proactive personality literature. *Journal of Vocational Behavior*, 75(3), 329-345. Acedido a 7 de março de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.05.008>

Gualda, D. & Hoga, L. (1992). Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. *Rev. Esc. Enf. USP*, 26(1), 75-86. Acedido a 1 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v26n1/0080-6234-reeusp-26-1-075.pdf>

Hayhurst, C., Pandharipande, P., & Hughes, C. (2016). Intensive Care Unit Delirium: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment. *Anesthesiology*, 125, 1229-1241. Acedido a 20 de fevereiro. Retirado de <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2566230>
DOI: 10.1097/ALN.0000000000001378

Hepsi, J. (2015). Knowledge and Practice of Health Care Workers on Infection Control Measures. *Asian J. Nursing Edu. and Research*, 5(4), 518-522. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=a718f50b-9552-4750-83ff-96365bc7369e%40sessionmgr101> DOI: 10.5958/2349-2996.2015.00106.8

HESE-EPE. (2015a). Regulamento Interno. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/regulamento_interno_2015.pdf

HESE-EPE. (2015b). Relatório de Gestão de 2014. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/relatorio_gestao_2014.pdf

HESE-EPE. (2015c). Código de Conduta Ética. Acedido a 27 de fevereiro de 2018. Retirado de http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/cms_media/172/Codigo_Etica_2015.pdf

HESE-EPE. (2016). Plano de Atividades & Orçamento. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/plano_de_atividades_e_orcamento_2016.pdf

HESE-EPE. (2018). Portal do Hospital do Espírito Santo de Évora. Acedido a 28 de janeiro de 2018. Retirado de <http://www.hevora.min-saude.pt>

Hickin, S., White, S., & Knopp-Sihota, J. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher. *Canadian Journal Of Critical Care Nursing*, 28(2), 19-23. Acedido a 29 de dezembro de 2017. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=fcca9c74-6817-4af5-8b06-1e76d30e6981%40sessionmgr4009>

Hickman, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., Rao, A., Newton, P., Jackson, D., & Ferguson, C. (2018). Improving evidence based practice in postgraduate nursing programs: A systematic review: Bridging the evidence practice gap (BRIDGE project). *Nurse Education Today*, 63, 69-75. Acedido a 6 de março de 2018. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.01.015

Hipp, D., & Ely, E. (2012). Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Neurotherapeutics*, 9(1), 158–175. Acedido a 20 de fevereiro de 2018. Retirado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271151/pdf/13311_2011_Article_102.pdf DOI: 10.1007/s13311-011-0102-9

Holm, A., & Dreyer, P. (2017). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88-94. Acedido a 3 de março de 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12297>

Hsu, V. (2014). Prevention of Health Care–Associated Infections. *American Family Physician*, 90(6), 377-382. Acedido 5 de março de 2018. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=a718f50b-9552-4750-83ff-96365bc7369e%40sessionmgr101>

ICU Delirium. (2018). Portal do ICU Delirium and Cognitive Impairment Study Group. Acedido a 14 de fevereiro de 2018. Retirado de http://www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU_flowsheet.pdf

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). Retorno de Informação dos Municípios. Acedido a 27 de janeiro de 2018. Retirado de <https://www.ine.pt/documentos/municipios/0705.pdf>

Knaus, W., Draper, E., Wagner, D., & Zimmerman, J. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*, 13(10), 818-29. Acedido a 18 de janeiro de 2018. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3928249>

Lee, Y., Ong, Y., Thong, S., & Ng, S. (2018). A Retrospective Study of End-of-life Care Decisions in the Critically Ill in a Surgical Intensive Care Unit. *Indian Journal Of Palliative Care*, 24(1), 17-24. Acedido a 9 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=e4206212-59a5-43a5-b84d-e9a44cc0143b%40sessionmgr4008> DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_81_17

Lei n.º 27/2006 de 3 de julho. (2006). Diário da República, 1ª série, n.º 126. Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/file/537897>

Leininger, M. (2000). Founder's Focus – the Third Millennium and Transcultural Nursing. *J Transcult Nurs*, 11(1), 69. Acedido a 1 de março. DOI: 10.1177/104365960001100112

Loveday, H., Wilson, J., Pratt, R., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., ... Wilcox, M. (2014). epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86S1, S1–S70. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)60012-2/pdf](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)60012-2/pdf)

Luetz, A., Heymann, A., Radtke, F., Chenitir, C., Neuhaus, U., Nachtigall, I., ... Spies, C. (2010). Different assessment tools for intensive care unit delirium: Which score to use? *Crit Care Med*, 38(2), 409-418. Acedido a 16 de fevereiro de 2018 DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181cabb42

Maharjan, L., Shah, A., Bajracharya, U., & Shrestha, G. (2017). Organ Dysfunctions among Deaths in Critically Ill Patients. *Journal Of Nepal Health Research Council*, 15(3), 222-227. Acedido a 9 de fevereiro de 2018. Retirado de

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=e4206212-59a5-43a5-b84d-e9a44cc0143b%40sessionmgr4008>

DOI: <http://dx.doi.org/10.3126/jnhrc.v15i3.18844>

Malglaive, G. (2003). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.

Marques, P., & Vieira, M. (2007). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. *Bioethikos - Centro Universitário São Camilo*, 1(2), 45-55. Acedido a 27 de fevereiro de 2018. Retirado de https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/Principios_eticos_gerais_no_agir_em_enfermagem.pdf

Marra, A., Ely, E., Pandharipande, P., & Patel, M. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*, 33, 225-243. Acedido a 27 de dezembro de 2017. DOI: 10.1016/j.ccc.2016.12.005

Martins, M. (2006). Percepção dos discentes acerca das teorias de enfermagem em um curso de graduação. *Revista UNINGÁ*, 8, 33-40. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/452/111>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. 23(1), 12–28. Acedido a 15 de janeiro de 2018. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=e3a0d861-aea8-4b69-884f-c2868db87c7c%40sessionmgr120>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. Springer Publishing Company. Acedido a 15 de janeiro de 2018. Retirado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Melnyk, B., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies

Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16-25. DOI: 10.1111/wvn.12269

Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Rev. INFORMAR*, Ano XII, 36, 71-77. Acedido a 1 de março de 2018. Retirado de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3163>

Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras* (Mestrado em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa). Acedido a 1 de março de 2018. Retirado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9400/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Mendes.pdf>

Mendonça, S., Basto, M., & Ramos, A. (2016). Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação crítica: revisão sistemática da literatura. *RIASE*, 2(3), 754-773. Acedido a 21 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/155/273

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª Série, n.º 176. Acedido a 10 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Ministério da Saúde. (2013a). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos – Relatório Final. Acedido a 23 de janeiro de 2018. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Saúde. (2013b). Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro. Diário da República, 2.ª série, n.º 229. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>

Ministério da Saúde. (2015a). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio de 2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2.ª série,

n.º 102. Acedido a 18 de outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/67318639>

Ministério da Saúde. (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série, n.º 28. Acedido a 20 de outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Minto, E., Pedro, C., Netto, J., Buglian, M., & Goraved, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 561-568. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a11>

Mororó, D., Enders, D., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 30(3), 323-332. Acedido a 2 de março. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Novo, S. (2011). *Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido a 8 de março de 2018. Retirado de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4411/3/Sandra_Novo_MGO_2011_Gestao%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde.pdf

Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Rev. bioét. (Impr.)*, 23 (1), 187-199. Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

OE. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Acedido a 2 de outubro de 2017. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

OE. (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, n.º 35. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

OE. (2011b). Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 35. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

OE. (2014). Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 233. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

OE. (2015a). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 123. Acedido a 2 de outubro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

OE. (2015b). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da OE- Capítulo VI, Deontologia profissional. Diário da República, 1.ª série, n.º 181. Acedido a 2 de outubro de 2017. Retirado de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Oh, E., Fong, T., Hsieh, T., & Inouye, S. (2017). Delirium in Older Persons - Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*, 318(12), 1161-1174. Acedido a 17 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=43f09a70-858a-49f8-b38f-5fcdf0092d4a%40sessionmgr120> DOI: 10.1001/jama.2017.12067

OMS. (2002). Quality of care: patient safety. Report by the secretariat. Fifth-Fifth World Health Assembly. Provisional agenda item 13.9. Acedido a 14 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>

OMS. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf

OMS. (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Acedido a 5 de março de 2018. Retirado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf?ua=1>

Paton, L., Elliott, S., & Chohan, S. (2016). Utility of the PRE-DELIRIC delirium prediction model in a Scottish ICU cohort. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(3), 202–206. Acedido a 17 de janeiro de 2018. Retirado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606522/pdf/10.1177_1751143716638373.pdf DOI: 10.1177/1751143716638373

Pei, X., Yu, H., Wu, Y., & Zhou, X. (2017). Correlation between APACHE II scores and delirium probability of senile severe pneumonia patients undergoing invasive mechanical ventilation. *Chinese Critical Care Medicine*, 29(9), 821-824. Acedido a 18 de janeiro de 2018. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2017.09.011

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(11), 121-132. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinto, D. (2013). *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9389/1/Indicadores%20de%20Estrat%C3%A9gias%20de%20Supervis%C3%A3o%20Cl%C3%ADnica%20em%20Enfermagem.pdf>

Pires, A. (2008). Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 72. Acedido a 27 de fevereiro de 2018. Retirado de http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-e-cuidar-em-enfermagem#.WpVI5ahl_IU

Pontes, A., Leitão, I., & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*, 61(3), 312-318. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

Portaria n.º 117/2008 de 6 de fevereiro. (2008). Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 26. Acedido a 21 de janeiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/file/248163>

Porter, R., & McClure, J. (2013). Sedation and delirium in the intensive care unit. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 14(1), 22-26. Acedido a 15 de janeiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.11.007>

Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* (Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa). Acedido a 2 de março de 2018. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf

Reade, M., & Finfer, S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med*, 370, 444-454. Acedido a 17 de fevereiro. Retirado de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1208705> DOI: 10.1056/NEJMra1208705

Ribeiro, F. (2013). *A força da proatividade na relação entre a satisfação com a carreira e a empregabilidade* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida). Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2772/1/17845.pdf>

Ribeiro, J. (2014). *Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* (Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Leiria). Acedido a 8 de março de 2018. Retirado de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2284/1/relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20-%202%C2%BA%20semestre.pdf>

Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2005). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 35(13). Acedido a 1 de março de 2018. Retirado de <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8304/5914>

Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – adaptação e validação da Escala de Jefferson* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica). Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Rosa, A. (2014). *As Experiências Clínicas Simuladas na Formação Contínua dos Enfermeiros de uma UCIC: A influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29889&code=619>

Rosa, L., Sebold, F., Arzuaga, M., Santos, V., & Radünz. (2010). Referências de Enfermagem e Produção do Conhecimento Científico. *Rev. enferm. UERJ*, 18(1), 120-125. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf>

Roxo, N., & Barata, R. (2015). Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica. *J Bras Nefrol*, 37(3), 315-322. Acedido a 13 de fevereiro de 2018. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n3/pt_0101-2800-jbn-37-03-0315.pdf

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence Based Medicine: What it Is and What it Isn't. *BMJ*, 312, 71-71. Acedido a 6 de março de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Salluh, J., Soares, M., Teles, J., Ceraso, D., Raimondi, N., Nava, V., ... Rocha, M. (2010). Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Critical Care*, 14. Acedido a 17 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220001/pdf/cc9333.pdf>
DOI: [10.1186/cc9333](https://doi.org/10.1186/cc9333)

Santos, J., Pestana, A., Guerrero, P., Meirelles, B., & Erdmann. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, 66(2), 257-263. Acedido a 2 de março de 2018. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>

Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588. Acedido a 13 de fevereiro. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>

Serafim, R., Bozza, F., Soares, M., Brasil, P., Tura, B., Ely, E., & Salluh, J. (2015). Pharmacologic Prevention and Treatment of Delirium in Intensive Care Patients: A Systematic Review. *J Crit Care*, 30(4), 799-807. Acedido a 17 de fevereiro de 2018. DOI: 10.1016/j.jcrc.2015.04.005

Serrano, M., Costa, A., & Costa, D. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III série* (3), 15-23. Acedido a 5 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn3/serIIIn3a02.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). Portal do Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 27 de janeiro de 2018. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/sns>

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência – da Teoria à Prática*. 6ª edição. Loures: Lusociência.

Smith, C., & Grami, P. (2017). Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically ill Patients. *American Journal Of Critical Care*, 26(1), 19-27. Acedido a 29 de dezembro de 2017. Retirado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=fcca9c74-6817-4af5-8b06-1e76d30e6981%40sessionmgr4009> DOI:10.4037/ajcc2017374

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias. (2011). *Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico*. Madrid: Semicyuc. Acedido a 25 de janeiro de 2018. Retirado de http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos- Recomendações. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100(12), 42–45. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/a-practical-approach-to-promote-reflective-practice-within-nursing/204502.article>

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Trevizan, M., Mendes, I., Shinyashiki, G., & Gray, G. (2006). Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(3), 457-460. Acedido a 2 de março de 2018. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a22.pdf

UCIP. (2017). Relatório Anual de 2016. Acedido a 20 de janeiro de 2018.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's – Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidata.

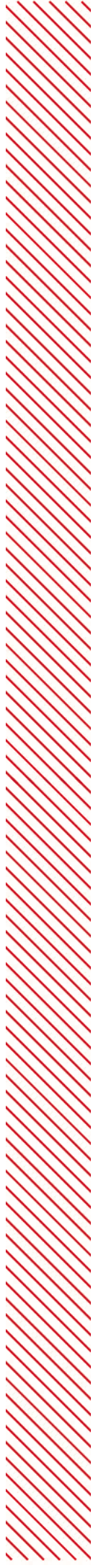
Vargas, D., & Braga, A. (2007). O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel. Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>

Vasilevskis, E., Ely, E., Speroff, T., Pun, B., Boehm, L., & Dittus, R. (2010). Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness--crossing the quality chasm. *Chest*, 138(5), 1224-1233. Acedido a 20 de fevereiro. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4694109/pdf/100466.pdf>
DOI: 10.1378/chest.10-0466.

Villalobos, M. (2001). *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>

Wassenaar, A., Boogaard, M., Achterberg, T., Slooter, A., Kuiper, M., Hoogendoorn, M., ... Pickkers, P. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Med*, 41, 1048–1056. Acedido a 28 de dezembro de 2017. Retirado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477716/pdf/134_2015_Article_3777.pdf
DOI: 10.1007/s00134-015-3777-2

Wassenaar, A., Schoonhoven, L., Devlin, J., Haren, F., Slooter, A., Jorens, P., ... Boogaard, M. (2017). *Delirium prediction in the intensive care unit: comparasion of two delirium prediction models*. Manuscrito submetido para publicação.



Willig, M., & Lenardt, M. (2002). A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm*, 7(1), 23-29. Acedido a 6 de março de 2018. Retirado de <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/32552/20657>

APÊNDICES



Apêndice A - Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ESTÁGIO FINAL

2º ANO

Docentes: Prof. Dr. João Mendes e Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques

PROJETO DE ESTÁGIO

Autor:

Enf.^a Rita Pinheiro n.º 36806

Supervisor:

Enf.º Especialista Hélder Godinho

outubro

2017

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ESTÁGIO FINAL

2º ANO

Docentes: Prof. Dr. João Mendes e Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques

PROJETO DE ESTÁGIO

Autor:

Enf.^a Rita Pinheiro n.º 36806

Supervisor:

Enf.º Especialista Hélder Godinho

outubro

2017

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”.

(Platão)

CXX

Abreviaturas e símbolos

Dr. – Doutor

Dr.^a – Doutora

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

f – folha

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

EPE – Entidade Pública Empresarial

n.^o – número

SU – Serviço de Urgência

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Índice

f

INTRODUÇÃO.....	8
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.....	10
1.1. MISSÃO/VALORES.....	10
1.2. ESTRUTURA FÍSICA.....	11
1.3. RECURSOS HUMANOS.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
3. COMPETÊNCIAS/ ATIVIDADES/ INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	15
4. AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	22
CONCLUSÃO.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24
APÊNDICES.....	25
Apêndice I – Cronograma.....	26

Índice de tabelas

f

Tabela 1 – Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com a faixa etária.....	13
Tabela 2 – Atividades e indicadores de avaliação definidos para as diferentes competências do enfermeiro especialista.....	16

Índice de gráficos

f

Gráfico 1 – Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com o nível de formação...	13
Gráfico 2 – Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com os anos de experiência profissional na UCIP.....	13

INTRODUÇÃO

O Estágio Final, inserido no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação, decorre na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e no Serviço de Urgência (SU) do Hospital do Espírito Santo de Évora – Entidade Pública Empresarial (HESE - EPE), durante 18 semanas, tendo início a 18 de setembro de 2017 e termo a 27 de janeiro de 2018. Este estágio será orientado em termos pedagógicos pelo Prof. Dr. João Mendes, substituído por tempo indeterminado pela Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques, e supervisionado no contexto clínico pelo Enf.^o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Hélder Godinho.

De acordo com o planeamento do Estágio Final, em termos de objetivos de aprendizagem, espera-se que o estudante integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento; saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; colabore em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações; participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas; demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

No âmbito desta unidade curricular foi proposta a realização deste projeto que, consultando o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, deve conter a apreciação do contexto, definição dos objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo. Assim, este documento funciona como um instrumento orientador que proporciona uma planificação organizada daquilo que se pretende desenvolver. Para além disto, ao longo do Estágio Final, está igualmente prevista a realização de um artigo científico e a implementação de um projeto de intervenção na UCIP.

Este trabalho está estruturado em diferentes partes. Após a introdução encontra-se a contextualização do Estágio Final dando ênfase à missão/valores, à estrutura física e aos

recursos humanos da UCIP. Segue-se a terceira parte onde são definidos os objetivos a alcançar. Depois disto surgem as atividades a desenvolver e indicadores de avaliação para adquirir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Em quinto lugar é dado destaque à forma como será feita a avaliação e controlo de todo o Estágio Final. Finaliza-se com uma conclusão, seguida da bibliografia. Em apêndice coloca-se o cronograma.

A organização e formatação deste trabalho está de acordo com o guia orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e segue a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association*. É utilizado o novo acordo ortográfico português em vigor.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Como já foi referido na introdução deste trabalho, o Estágio Final decorrerá entre a UCIP (16 semanas) e o SU (2 semanas) do HESE – EPE. Considera-se uma mais valia o facto de se realizar estágio no local onde já se exerce funções (UCIP), pois isso facilita o diagnóstico de situação, o levantamento de necessidades, a definição de objetivos e a implementação das diferentes atividades, tornando-se assim num processo muito produtivo. Este aspeto terá especial relevância no planeamento e execução do projeto de intervenção. O período de tempo dedicado ao SU será curto, baseado no facto de não ser possível estabelecer um elo de ligação com a área do projeto a implementar na UCIP, uma vez que se trata de uma vertente exclusiva de cuidados intensivos como será descrito num próximo capítulo. Assim sendo, aproveitar-se-á esta experiência para conhecer uma outra abordagem ao doente crítico e explorar algumas atividades com vista à aquisição de competências do enfermeiro especialista, pelo que se considera que será algo enriquecedor.

Tendo em conta que o Estágio Final decorrerá essencialmente na UCIP, torna-se imperativo fazer uma breve descrição da sua missão/valores, espaço físico e recursos humanos.

1.1. MISSÃO/VALORES

A UCIP está inserida no HESE - EPE, o qual se apresenta numa posição de Hospital Central. Como todas as Unidade de Saúde Hospitalares, desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados. O respeito pela dignidade e direito dos cidadãos, a excelência técnica, a cultura de uma melhor gestão, o respeito pelas normas ambientais, a promoção da qualidade, a motivação, o trabalho de equipa, a ética, a integridade e a transparência, são valores com os quais esta organização se identifica e quer transportar para os seus cuidados.

Ao consultar-se o Manual de Enfermagem da UCIP vimos que esta pretende ser reconhecida por providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantido padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos. Neste contexto, podem-se integrar os cuidados da preservação da vida humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, em situações clínicas que sejam potencialmente

reversíveis. Quando tal não acontece, e durante o processo de tratamento se verifica uma irreversibilidade da situação optando-se pela não implementação de medidas de suporte, a missão desta unidade traduz-se em oferecer ao doente uma morte sem sofrimento e cuidados de conforto aos seus familiares. Àqueles que apresentam uma evolução favorável, tenta-se providenciar cuidados especializados de reabilitação, de modo a dar início a um processo de recuperação. Outro dos objetivos da UCIP, prende-se com a elaboração e implementação de sistemas que permitam melhorar a assistência ao doente crítico fora do serviço. Não menos importante, e também de realçar, temos a motivação que se transmite para que sejam explorados caminhos através da formação contínua para a prevenção do desenvolvimento da doença crítica e ao mesmo tempo propiciar a formação pós-graduada em cuidados intensivos.

A UCIP apresenta como áreas de atuação a monitorização hemodinâmica, a ventilação, as técnicas de substituição renal, a analgesia e sedação, a nutrição, o controlo da infeção, a avaliação e melhoria contínua da qualidade, a humanização, a consulta externa e a formação pós-graduada em cuidados intensivos.

1.2. ESTRUTURA FÍSICA

A UCIP localiza-se no 2º andar do edifício do Espírito Santo, apresentando uma fácil acessibilidade ao serviço de urgência e bloco operatório. Trata-se de uma unidade do tipo aberto, com uma lotação de 5 camas, incluindo-se uma delas num quarto isolado. Como dependências funcionais apresenta uma sala de trabalho, na qual se encontra todo o stock de farmácia, bancadas de trabalho para preparação de medicação, lavatório para lavagem de material, frigorífico de medicação e aparelho de gasimetrias, para além de outro material de consumo clínico necessário à preparação de terapêutica; uma sala de despejos/sujos onde se encontram os resíduos hospitalares, roupa suja, stock de material de limpeza assim como de outros produtos de desinfeção, arrumação e limpeza de arrastadeiras e urinóis; um sanitário; uma copa; um arsenal onde se encontra diverso material de consumo clínico; um gabinete único de pessoal médico e de enfermagem; armários de parede onde se armazena a roupa limpa e os materiais esterilizados; uma zona com bancada e cadeiras, que funciona como posto de observação dos doentes pelo pessoal de enfermagem e onde se realizam os registos dos cuidados prestados pelos enfermeiros; um vestiário de todo o pessoal adstrito ao serviço; uma zona junto à porta de entrada com cadeiras para os familiares dos doentes e outros visitantes da UCIP.

1.3. RECURSOS HUMANOS

A equipa multidisciplinar da UCIP é composta por 4 médicos a tempo inteiro (neste momento procede-se à reestruturação da colaboração dos médicos a tempo parcial pelo que não se consegue apresentar o número exato desses profissionais), 22 enfermeiros e 6 assistentes operacionais. Considera-se pertinente fazer uma breve caracterização da equipa de enfermagem pois esta representa um papel importante na concretização deste estágio assim como na implementação do projeto de intervenção já mencionado. Neste sentido, os seus elementos foram caracterizados quanto à faixa etária (Tabela 1), formação (especialidade e mestrado) (Gráfico 1) e anos de experiência profissional na UCIP (Gráfico 2). Após a análise dos resultados podem-se tirar as seguintes conclusões:

- A maioria da equipa de enfermagem centra-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos;
- As faixas etárias entre os 20-29 anos e os 50-59 anos são as que apresentam um menor número de elementos;
- Metade da equipa de enfermagem possui o título de especialista (9 em enfermagem médico-cirúrgica e 2 em enfermagem de reabilitação);
- 3 dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica continuaram a sua formação, possuindo atualmente o grau académico de mestre;
- 4 dos enfermeiros da equipa estão, neste momento, a frequentar um curso de mestrado (1 em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, 1 em enfermagem de reabilitação e 2 na área da gestão);
- A maioria dos elementos da equipa de enfermagem exerce funções na UCIP há mais de 10 anos;
- Existem alguns elementos (cerca de 29% da equipa de enfermagem) com menos de 5 anos de exercício profissional na UCIP.

Em suma, pode-se afirmar que, no geral, a equipa de enfermagem da UCIP é constituída por profissionais experientes na área do doente crítico, os quais têm investido no seu processo de formação contínua. Este é um aspeto fundamental para a prestação de cuidados diferenciados e para a melhoria da qualidade dos mesmos.

Faixa etária	Nº de elementos	%
[20-29]	1	4,5
[30-39]	13	59
[40-49]	7	32
[50-59]	1	4,5

Tabela 1 – Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com a faixa etária.

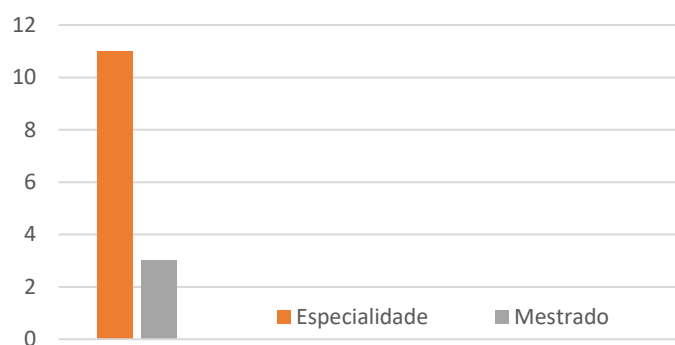


Gráfico 1 – Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com o nível de formação.

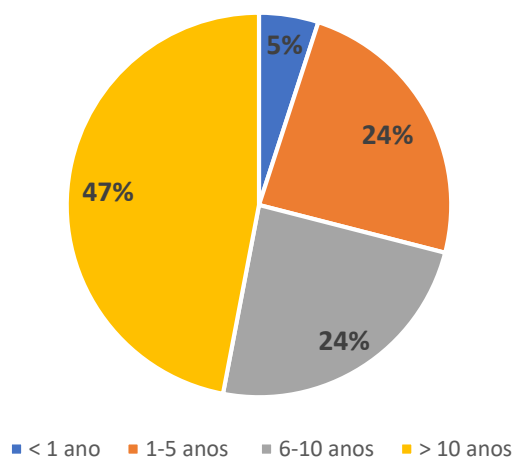


Gráfico 2 – Distribuição da equipa de enfermagem de acordo com os anos de experiência profissional na UCIP.

2. OBJETIVOS

O processo de formação é algo dinâmico e contínuo, ao qual está subjacente o desenvolvimento de competências. É fundamental identificar necessidades e definir objetivos a atingir. De acordo com Birzea (1986:17), “objectivos de aprendizagem são objectivos de uma situação concreta de aprendizagem, de uma determinada unidade de conteúdo e de um certo tipo de profissional”. Segundo Tavares (1990), os objetivos devem ser precisos, delimitados, praticáveis e fornecer informações úteis, normas e critérios às atividades posteriores.

Perante o supracitado, definem-se os seguintes objetivos pessoais para o presente estágio:

- Adquirir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências de Mestre;
- Prestar cuidados ao doente crítico, fundamentando as decisões na evidência científica mais recente;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito do doente crítico;
- Implementar um projeto de intervenção na UCIP na área da prevenção do *delirium* em unidades de cuidados intensivos;
- Elaborar um artigo científico;
- Desenvolver capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica.

3. COMPETÊNCIAS/ ATIVIDADES/ INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Este capítulo será inteiramente dedicado à apresentação das diferentes atividades que se pretendem desenvolver, não esquecendo os respetivos indicadores de avaliação, com o objetivo principal de alcançar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, patentes no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011a) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, emanadas no Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011b). Tendo em conta que o Estágio Final também contribui para a aquisição das Competências de Mestre, presentes no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016), parte das atividades também serão definidas nesse sentido. É então neste capítulo que estão evidenciados os conteúdos e estratégias de intervenção profissional, definidos como um elemento necessário neste projeto.

Uma vez que o período de tempo dedicado ao SU neste Estágio Final corresponde apenas a 4 turnos, em termos de organização e rentabilidade do trabalho a desenvolver, considera-se vantajoso dedicar cada um desses turnos a uma competência em particular. As competências selecionadas foram a C2, K1, K2 e K3, pois são aquelas que despertam mais interesse em conhecer como é que as diferentes áreas que nelas são abordadas (liderança e gestão dos recursos; prestação de cuidados ao doente crítico; situações de catástrofe; prevenção e controlo da infeção) são efetuadas no SU. Apesar disto, não será colocado qualquer entrave à aquisição das restantes competências, pelo que todas as oportunidades de aprendizagem que poderão surgir, serão aproveitadas.

Tudo isto encontra-se espelhado na Tabela 2.

Competências	Atividades	Indicadores de avaliação
A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> -Participação na tomada de decisão em equipa, tendo como base o Código Deontológico e os princípios éticos; -Planeamento e execução de atividades, demonstrando respeito pelas crenças e valores dos utentes/famílias; -Colaboração com a equipa no processo de tomada de decisão; -Participação na tomada de decisão autónoma e informada, respeitando-a; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstra conhecimento sobre o Código Deontológico e os princípios éticos; -Toma decisões tendo por base o Código Deontológico; -Respeita as crenças e valores dos utentes/famílias; -Colabora com a equipa nos processos de tomada de decisão; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	<ul style="list-style-type: none"> -Planeamento e prestação de cuidados, assumindo a defesa dos Direitos Humanos conforme descrito no Código Deontológico; -Promoção do direito do utente/família no acesso à informação; -Atuação no melhor interesse do utente/família; -Promoção do respeito pelos valores, crenças e direitos e deveres do utente/família; -Intervenção pelo utente/família quando não está capacitado/a, em situações que requerem decisões imediatas; -Identificação de práticas de risco, atuando no sentido da sua prevenção; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Assegura que os cuidados prestados respeitam os Direitos Humanos; -Facilita o acesso à informação solicitada pelo utente/família; -Atua tendo por base o melhor interesse do utente/família; -Promove o respeito pelas crenças e valores do utente/família, salvaguardando os seus direitos e deveres; -Implementa medidas apropriadas nos processos de decisão, quando o utente/família não se encontra capacitado para tal; -Identifica práticas de risco, prevenindo-as; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

<p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de pesquisa bibliográfica na área da qualidade; -Prestação de cuidados de enfermagem com base nos Padrões de Qualidade em Enfermagem; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstra conhecimentos na área da qualidade, aplicando-os na prestação de cuidados; -Atua de acordo com os Padrões de Qualidade em Enfermagem; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação dos projetos de melhoria contínua que estão em prática na UCIP; -Identificação de áreas que possam integrar projetos de melhoria da qualidade; -Colaboração em programas que visem a melhoria contínua da qualidade; -Implementação de um projeto de intervenção na UCIP, no âmbito do <i>delirium</i>; -Elaboração de um artigo científico sobre a influência da <i>bundle</i> ABCDEF na taxa de prevalência do <i>delirium</i>; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conhece os projetos de melhoria contínua em prática na UCIP; -Identifica áreas onde seja possível intervir na melhoria da qualidade; -Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; -Cria um projeto de intervenção a implementar na UCIP; -Elabora um artigo científico; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Prestação de cuidados ao utente/família de forma holística, mostrando respeito pela sua identidade individual, cultural e social; -Implementação dos princípios de relação de ajuda com o utente/família, para um aumento da confiança, conforto, empatia, privacidade e confidencialidade; -Atuação no sentido de eliminar ou minimizar o desconforto físico, psicológico e espiritual do doente crítico; 	<ul style="list-style-type: none"> -Presta cuidados respeitando a individualidade do utente/família; -Integra os princípios da relação de ajuda na prestação de cuidados; -Atua de forma a reduzir a existência de erro; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

	<ul style="list-style-type: none"> -Implementação de medidas que promovam a redução de acidentes em serviço e a criação de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	
C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento dos recursos disponíveis e das normas e protocolos existentes na UCIP; -Colaboração com a equipa no planeamento e prestação de cuidados ao doente crítico; -Manutenção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, promovendo um bom relacionamento interpessoal; -Aumento dos conhecimentos na área do doente crítico, com vista à prestação de cuidados de acordo com a evidência científica mais recente; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conhece os diferentes recursos, normas e protocolos existentes na UCIP; -Planeia e presta cuidados ao doente crítico; -Promove uma relação de confiança e segurança na equipa multidisciplinar; -Fomenta o aumento de conhecimento, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de pesquisa bibliográfica sobre gestão de cuidados e recursos; -Identificação dos modelos de gestão de recursos humanos e materiais na UCIP e SU; -Observação/colaboração com o enfermeiro responsável, na gestão de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da UCIP e SU, realizando 1 turno neste âmbito em cada local; -Identificação das principais dificuldades inerentes ao processo de liderança e gestão de recursos; 	<ul style="list-style-type: none"> -Adquire conhecimentos no âmbito da gestão de cuidados e recursos; -Reconhece diferentes métodos de gestão; -Colabora no processo de liderança e gestão de recursos e cuidados; -Assiná-la entraves associados a um processo de liderança; -Utiliza os recursos disponíveis eficientemente; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

	<ul style="list-style-type: none"> -Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	
D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de reflexão sobre o auto-conhecimento enquanto pessoa e enfermeira; -Demonstração de capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar, utente/família; -Demonstração de capacidade de atuação sob pressão; -Desenvolvimento da capacidade de gestão de sentimentos e emoções; -Desenvolvimento da capacidade de atuar de modo assertivo e competente; -Identificação de situações de conflito e possível resolução; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhece mais-valias e limites enquanto pessoa e profissional; -Possui capacidade de comunicação interpessoal; -Consegue agir de forma eficaz e eficiente em situações de maior pressão; -Demonstra capacidade de gestão de sentimentos e emoções; -Presta cuidados de forma assertiva e competente; -Identifica estratégias de gestão de conflitos, aplicando-as; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de pesquisa bibliográfica sobre as patologias/procedimentos/técnicas/intervenções inerentes ao doente crítico; -Colaboração em projetos existentes na UCIP; -Identificação de necessidades existentes na UCIP e desenvolvimento de estratégias para as colmatar; -Prestação de cuidados, resolução de problemas e tomada de decisão com base em padrões de conhecimento científico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Possui conhecimentos nas diferentes áreas de atuação inerentes ao doente crítico; -Identifica necessidades de formação; -Contribui para a melhoria dos cuidados prestados; -Faz levantamento de necessidades existentes na UCIP e intervém no sentido de as colmatar; -Atua de acordo com a evidência científica mais recente.

<p>K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado em enfermagem; -Realização de pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico; -Deteção precoce de focos de instabilidade; -Implementação do processo de enfermagem no doente crítico em fase aguda; -Implementação de projetos que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados; -Articulação com a restante equipa multidisciplinar; -Recurso a técnicas de comunicação e habilidades de relação de ajuda, no contacto com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; -Acolhimento do utente/família em situação crítica, estabelecendo uma relação de confiança, respeito e empatia; -Monitorização da dor, gerindo medidas farmacológicas e implementando medidas não farmacológicas; -Realização de um turno no SU (sala de emergência) neste âmbito; -Esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstra conhecimentos na área do doente crítico; -Antecipa agravamento de situações clínicas no doente crítico; -Aplica o processo de enfermagem na sua prática; -Conhece as normas/protocolos existentes na UCIP; -Contribui para a melhoria dos cuidados prestados; -Interage com a restante equipa multidisciplinar, com vista à melhoria dos cuidados prestados; -Recorre a princípios de relação de ajuda, aquando da interação com o utente/família; -Faz o acolhimento do utente/família de forma correta; -Avalia e gere a dor do ponto de vista farmacológico e não farmacológico; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe ou emergência multi-vítima; -Análise do plano interno de emergência do HESE – EPE, em caso de catástrofe e/ou emergência; 	<ul style="list-style-type: none"> -Possui conhecimentos em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima; -Conhece o plano interno de emergência do HESE – EPE; - Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de um turno no SU, neste âmbito; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	
K3- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de pesquisa bibliográfica sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos; -Análise das normas e protocolos existentes na UCIP no âmbito da prevenção e controlo da infeção; -Identificação das necessidades da UCIP na área da prevenção e controlo da infeção; -Definição de estratégias para prevenção e controlo da infeção, tendo em conta as necessidades detetadas; -Execução de procedimentos respeitando as normas existentes; -Realização de um turno no SU, neste âmbito; -Reflexão individual e partilha com o enfermeiro supervisor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstra conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção; -Conhece as normas/protocolos existentes na UCIP no âmbito da prevenção e controlo da infeção, atuando nesse sentido; -Reconhece as necessidades existentes na UCIP na área da prevenção e controlo da infeção, definindo estratégias para as colmatar; -Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

Tabela 2 – Atividades e indicadores de avaliação definidos para as diferentes competências do enfermeiro especialista.

4. AVALIAÇÃO E CONTROLO

Neste capítulo serão abordadas as diferentes formas de avaliação e controlo do Estágio Final. Consultando o planeamento desta unidade curricular, é possível verificar que, como forma de avaliação foi definida a elaboração deste projeto, o qual é uma mais valia ao longo deste percurso pois funciona como um guia orientar do trabalho que se se pretende desenvolver. No final do estágio, ao se consultar este documento, será possível perceber se os objetivos definidos foram alcançados, se as atividades planeadas foram executadas e se as competências foram adquiridas.

A criação de um artigo científico (com 50% de ponderação na avaliação final) e a implementação de um projeto de intervenção na UCIP serão outros elementos do processo de avaliação do Estágio Final. Com isto, serão trabalhadas as competências de enfermeiro especialista e de mestre. O *delirium* no doente em unidades de cuidados intensivos será a temática dominante destes dois trabalhos, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados pois irá ser explorada a evidência científica mais recente nesta área. No artigo científico será abordada a influência da *bundle* ABCDEF na taxa de prevalência do *delirium*, e no projeto de intervenção estará patente a importância da utilização de um modelo preditivo do *delirium* para assim se implementarem, justificadamente, medidas preventivas o mais precocemente possível. Quer a *bundle* ABCDEF quer os modelos preditivos do *delirium* são aspetos recentes na comunidade científica, e consequentemente com necessidade de serem trabalhados, o que constitui um aspeto bastante aliciante e motivador neste Estágio Final.

A aquisição das diferentes competências, mediante a realização das atividades planeadas no capítulo anterior, será avaliada através de uma grelha previamente construída, no final do Estágio Final. Nesta componente inclui-se a autoavaliação do estudante (15%) e a heteroavaliação do enfermeiro supervisor e do professor orientador (35%).

Como forma de controlar todo o processo de aprendizagem, ao longo do período temporal no qual decorrerá o Estágio Final, serão realizadas reuniões com o professor orientador e com o enfermeiro supervisor. Pretende-se assim fazer um acompanhamento do trabalho desenvolvido, da postura adotada, das dificuldades sentidas, das aprendizagens assimiladas e dos aspetos a melhorar.

Tudo isto será retratado num relatório que será discutido em provas públicas.

CONCLUSÃO

Analisando retrospectivamente a realização deste projeto, conclui-se que este constitui uma ferramenta de trabalho que será extremamente útil nos próximos meses, facilitando o planejamento de atividades, possibilitando a compreensão efetiva do porquê da realização de cada uma delas, sendo igualmente possível clarificar os objetivos que se pretende alcançar. Assim sendo, pode-se afirmar que o presente trabalho é um instrumento importante em todo o processo de aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e das Competências de Mestre.

Este documento será discutido com o enfermeiro supervisor assim que possível de modo a que, o que aqui foi planejado, seja conhecido, aprovado ou ajustado de acordo com as sugestões feitas. Tudo isto sempre com o objetivo de se desenvolver um trabalho o mais produtivo e enriquecedor possível.

Salienta-se que um projeto é um documento flexível e como tal, está sujeito a alterações/reformulações de acordo com as circunstâncias que possam surgir, de modo a adaptá-lo a outras necessidades.

A análise de tudo o que foi projetado neste documento será feita no relatório a entregar após o Estágio Final.

BIBLIOGRAFIA

Birzea, C. (1986). *Operacionalizar os Objectivos Pedagógicos*. Coimbra: Coimbra Editora.

Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro: Republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série, nº 176, 3159-3191.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série, n.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série, n.º 35 (18-02-2011). 8656-8657.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma

	<u>Ano/Mês/Quinzena</u>									
	2017								2018	
	setembro		outubro		novembro		dezembro		janeiro	
<u>Atividades</u>	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Estágio Final										
Realização do projeto de estágio										
Discussão do projeto de estágio com o enfermeiro supervisor										
Reunião com a professora orientadora										
Reunião com a enfermeira responsável da UCIP										
Reunião com o enfermeiro orientador										
Entrega da proposta de projeto de intervenção à professora orientadora										
Entrega do pedido de parecer à comissão de ética do HESE – EPE e da Universidade de Évora										
Entrega da proposta de projeto de intervenção nos serviços académicos da Universidade de Évora										
Planeamento e implementação do projeto de intervenção										
Realização de um artigo científico										
Aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem										
Pesquisa bibliográfica										
Avaliação final										

Apêndice B – Escala de Agitação e Sedação de Richmond

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Pontuação	Classificação / Descrição
+4	AGRESSIVO (violento/perigoso)
+3	MUITO AGITADO (tenta levantar-se)
+2	AGITADO (luta com ventilador/movimentos descoordenados)
+1	INQUIETO (desassossegado, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos)
0	ALERTA E CALMO
-1	SONOLENTO (não completamente alerta mas despertável; abre os olhos ao chamamento e estabelece contato visual > 10 segundos)
-2	SEDAÇÃO LIGEIRA (abertura dos olhos espontânea ou ao chamamento, estabelecendo contato visual < 10 segundos)
-3	SEDAÇÃO MODERADA (abertura dos olhos/pestaleta ao chamamento mas não estabelece contato visual)
-4	SEDAÇÃO PROFUNDA (não responde ao chamamento mas reage a estímulos físicos)
-5	SEM RESPOSTA (não responde a estímulos verbais ou físicos)

- Permite avaliar o grau de sedação/agitação de um doente ventilado e não ventilado, sedado e não sedado.

Procedimento de avaliação da RASS:

1. Observar o doente.
 - a) Doente está alerta, inquieto ou agitado (**0 a +4**).
2. Se não está alerta, dizer o nome do doente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.
 - a) Doente acordado, com abertura de olhos sustentada, a estabelecer contato visual (**-1**);
 - b) Doente acordado, com abertura de olhos e a estabelecer contato visual, porém breve (**-2**);
 - c) Doente capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual (**-3**).
3. Quando o doente não responde ao estímulo verbal, realizar estímulos físicos.
 - a) Doente realiza algum movimento ao estímulo físico (**-4**);
 - b) Doente não responde a qualquer estímulo (**-5**).

Rita Pinheiro – Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação

- Ely, E., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J., Wheeler, A., Gordon, S. *et al.* (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983-2991. DOI: 10.1001/jama.289.22.2983

- Junior, A., Neto, R., Figueiredo, W., Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Med J*, 126(4), 215-219.

- Sessler, C., Gosnell, M., Grap, M., Brophy, G., O'Neal, P., Keane, K. *et al.* (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 166(10), 1338-1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>

Apêndice C – Escala de Coma de Glasgow: atualização

ESCALA DE COMA DE GLASGOW :

Avalie da seguinte forma

GCS
at 40
EYES
VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde

Abertura ocular

Classificação	Pontuação
Espontânea	4
Ao Som	3
À pressão	2
Ausente	1
Não testável	NT

Resposta Verbal

Classificação	Pontuação
Orientada	5
Confusa	4
Palavras	3
Sons	2
Ausente	1
Não testável	NT

Resposta Motora

Classificação	Pontuação
A ordens	6
Localizadora	5
Flexão normal	4
Flexão anormal	3
Extensão	2
Ausente	1
Não testável	NT

- Utilizada para avaliar alterações do estado de consciência e coma.
- Se não é possível monitorizar algum dos critérios, considerar a opção “não testável”. Assim:
 - se existirem fatores locais que impeçam a abertura dos olhos (ex: edema palpebral marcado), considerar “não testável” na abertura ocular;
 - na presença de TOT ou traqueostomia, considerar “não testável” na resposta verbal;
 - se o doente estiver sob o efeito de sedação/analgesia/curarização, considerar “não testável” na resposta motora.

Rita Pinheiro – Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação

- Teasdale, G., Maas, A., Lecky, F., Manley, G., Stocchetti, N. & Murray, G. (2014). The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. *Lancet Neurol.* 13(8), 844-854. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70120-6.
- <http://www.glasgowcomascale.org>

Apêndice D – Artigo científico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ESTÁGIO FINAL

2º ANO

Docentes: Prof. Dr. João Mendes, Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques

ARTIGO

Aluna:

Enf.^a Rita Pinheiro nº 36806

Supervisor:

Enf.^o Hélder Godinho

janeiro

2018

CL

Autores

Maria do Céu Mendes Pinto Marques – RN, PhD, Professora Coordenadora, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora

Rita Isabel Coelho Pinheiro – RN, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital do Espírito Santo de Évora
ritacoelhopinheiro@gmail.com

Hélder Filipe Mendes Godinho – RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital do Espírito Santo de Évora

***Delirium* em unidade de cuidados intensivos: modelo preditivo e *bundle* ABCDEF**

Resumo

Objetivo: Reduzir a taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos da Região Sul de Portugal.

Métodos: Desenvolveu-se um estudo descritivo numa unidade de cuidados intensivos da Região Sul de Portugal, durante o Estágio Final do Mestrado em Enfermagem. Construiu-se um fluxograma para prevenção do *delirium* nos doentes internados na referida unidade. Este foi aplicado, pelo enfermeiro, a 19 doentes selecionados de forma intencional. A monitorização do *delirium* foi feita através do método de avaliação da confusão mental para unidades de cuidados intensivos.

Resultados: A taxa de prevalência de *delirium* foi de 26.3%, inferior à obtida em igual período de tempo, nos anos anteriores. Os doentes com *delirium*, apresentaram mais dias de ventilação mecânica e de internamento. A implementação de medidas não-farmacológicas, contribuiu para que, dos 9 doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, apenas 3 apresentassem a perturbação.

Conclusões: O fluxograma construído pode ser utilizado, proveitosamente, num grupo de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos da Região Sul de Portugal. Este permite fazer uma abordagem sistematizada dos doentes, conseguindo-se reduzir a taxa de prevalência de *delirium*, o que constitui um valor adicional à segurança do doente na prática diária.

Descritores: *Delirium*; Unidade de cuidados intensivos; Modelo preditivo; *Bundle*; Enfermagem.

Delirium in intensive care units: predictive model and ABCDEF bundle

Abstract

Objective: Decrease delirium's prevalence ratio in patients hospitalized in an intensive care unit of the south region of Portugal.

Methods: A descriptive study was developed in an intensive care unit of the south region of Portugal, during the final internship of a Masters degree in Nursing. A flowchart for preventing delirium in the patients hospitalized in this intensive care unit was made. This was applied, by the nurse, to 19 patients intentionally selected. Delirium monitoring was done using the confusion assessment method for intensive care units.

Results: Delirium's prevalence ratio was of 26.3%, lower than the one obtained in the same period of time, in previous years. Patients with delirium, were mechanically ventilated for more days and had a prolonged stay. Out of the 9 patients with high risk of developing delirium, only 3 presented the disturbance, thanks to the implementation of a non pharmacological treatment.

Conclusions: The flowchart created can be used, profitably, in a patients group in an intensive care unit of the south region of Portugal. This tool allows a systematic approach of patients, reducing the delirium's prevalence ratio, which increases patient's safety in the daily practice.

Keywords: Delirium; Intensive care unit; Predictive model; Bundle; Nursing.

***Delirium* en unidad de cuidados intensivos: modelo predictivo y *bundle* ABCDEF**

Resumen

Objetivo: Reducir la prevalência de *delirium* en los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos en la región sur de Portugal.

Métodos: Se ha desarrollado un estudio descriptivo en una unidad de cuidados intensivos de la región sur de Portugal, mientras ocurría una práctica de final de maestría en enfermería. Se ha creado un diagrama de flujo para la prevención del *delirium* en los pacientes hospitalizados en la misma unidad. Este diagrama de flujo fué aplicado por el enfermero a 19 pacientes seleccionados de forma intencional. La monitorización del *delirium* se hizo a través del método de evaluación de la confusión mental para las unidades de cuidados intensivos.

Resultados: La prevalencia del *delirium* fue de 26.3%, inferior a la obtenida en igual período de tiempo, en los años anteriores. Los pacientes con *delirium* tuvieron más días de ventilación mecánica y hospitalización. La aplicación de medidas no farmacológicas contribuyó a que, de los 9 pacientes en alto riesgo de desarrollar *delirium*, solamente 3 tuviesen el trastorno mental referido.

Conclusiones: El diagrama de flujo desarrollado puede utilizarse, con beneficios, en un grupo de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos en la región sur de Portugal. Esto permite hacer un abordaje sistematizado de los pacientes, logrando reducir la prevalencia de *delirium*, lo que constituye un valor adicional a la seguridad del paciente en la práctica diaria.

Palabras clave: *Delirium*; Unidad de cuidados intensivos; Modelo predictivo; *Bundle*; Enfermería.

Introdução

O *delirium* é caracterizado pela perturbação da atenção, da consciência e da cognição, salientando-se ainda que, a sua prevalência em doentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) pode atingir os 87%.¹ A presença de *delirium* leva a um aumento dos dias de internamento, do tempo de ventilação mecânica, dos custos, da mortalidade e a um compromisso cognitivo e funcional a longo prazo.^{2,3} Perante tudo isto, é crucial prevenir o desenvolvimento de *delirium*.

A identificação dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium* pode facilitar a prevenção desta perturbação. Neste sentido, surgiram os modelos preditivos do *delirium*, os quais se tornaram uma mais valia para a prática diária.⁴ O PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium for Intensive Care patients), foi o primeiro modelo de previsão do *delirium* criado para cuidados intensivos. Este modelo foi validado em 2012 e prevê, de forma confiável, o desenvolvimento de *delirium* ao longo do internamento, mediante 10 preditores [idade, grupo diagnóstico, admissão urgente, administração de morfina, infeção, coma, sedação, ureia, acidose metabólica, pontuação APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II)] avaliáveis 24 horas após a admissão do doente.⁴ Se o PRE-DELIRIC for $\geq 50\%$, está-se perante um doente com alto risco de desenvolver *delirium*.⁴ Este modelo é limitado pelo facto de requerer preditores obtidos durante as primeiras 24 horas de internamento na UCI.⁵ Um número relevante de doentes desenvolve *delirium* durante este período e as medidas preventivas devem, idealmente, ser aplicadas tão mais cedo quanto possível.⁵ Assim, em 2015, é validado o segundo modelo preditivo do *delirium* para cuidados intensivos, o E-PRE-DELIRIC (Early PREdiction of DELIRium for Intensive Care patients), constituído por nove preditores (idade, história de alterações cognitivas, história de abuso de álcool, grupo diagnóstico, admissão urgente, tensão arterial média, administração de corticosteróides, insuficiência respiratória, ureia) avaliados no momento da admissão na UCI. Um doente com um E-PRE-DELIRIC $\geq 35\%$, tem alto risco de desenvolver *delirium*.⁵

Com o objetivo de se perceber qual dos dois modelos faz uma previsão mais correta, dos doentes que vêm a desenvolver *delirium* ao longo do internamento, surge o DECISION study (DELirium prediCtIon in the intenSive care unit: head to head comparisON of two delirium prediction models). Os resultados deste estudo

foram anunciados em 2017, onde o PRE-DELIRIC surge como o modelo mais fiável.⁶

A utilização do PRE-DELIRIC, ao identificar os doentes de alto risco, contribui para uma melhor gestão de recursos pois apenas são abordados estes doentes, e para a implementação precoce de medidas preventivas, onde o enfermeiro tem uma intervenção fundamental.⁴

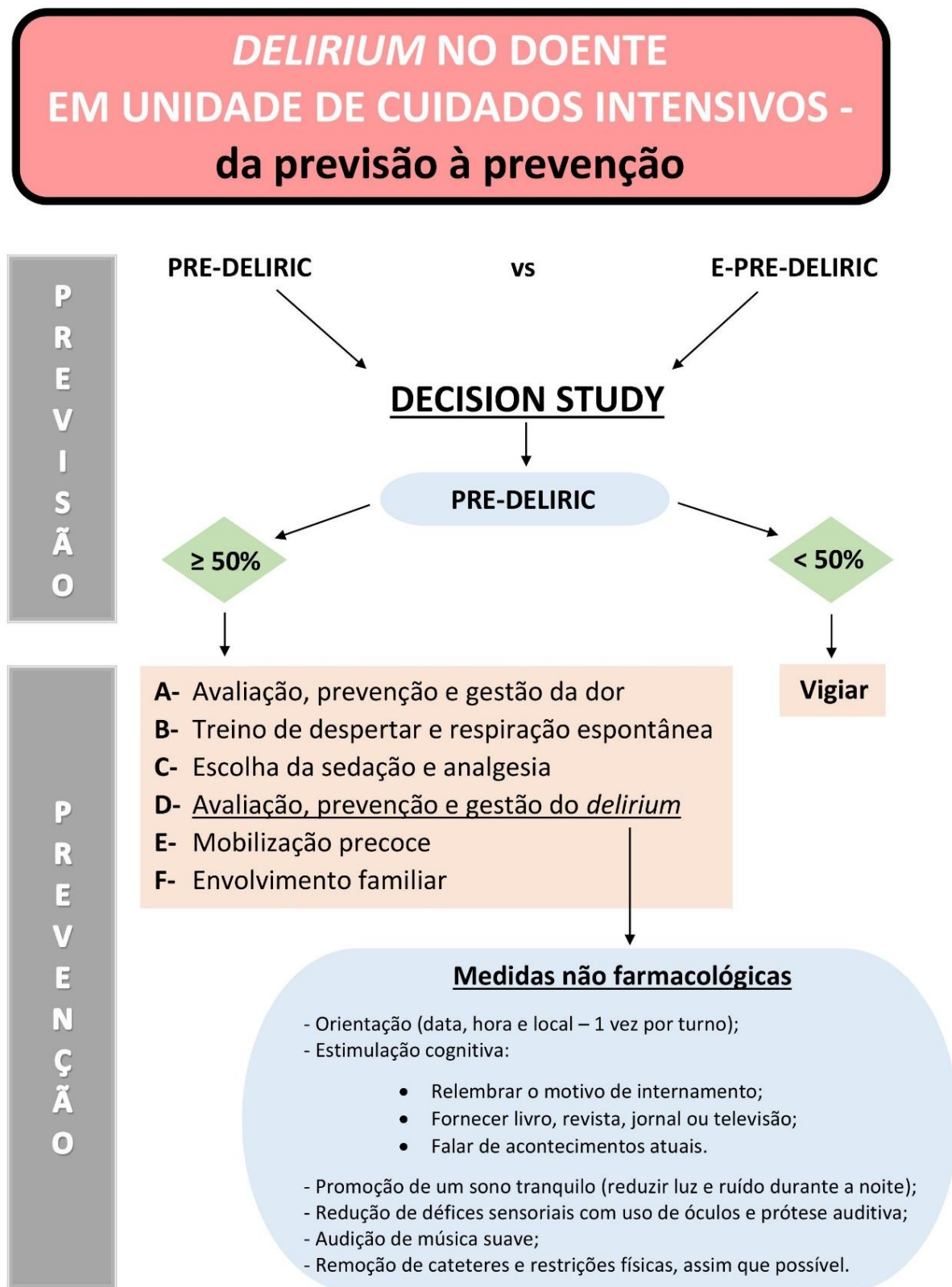
Em 2013 foram atualizadas as *guidelines* para a gestão da dor, agitação e *delirium*.⁷ Com o objetivo de se cumprir o que é recomendado nestas *guidelines*, veio-se a criar a *bundle* ABCDEF (A- avaliação, prevenção e gestão da dor; B- treino de despertar e respiração espontânea; C- escolha da sedação e analgesia; D- avaliação, prevenção e gestão do *delirium*; E- mobilização precoce; F- envolvimento familiar).⁸ A evidência científica recomenda fortemente a utilização desta *bundle* na prevenção e gestão do *delirium* pois ela possibilita uma abordagem completa do doente, uma melhor utilização dos recursos, um melhor controlo da dor, uma melhoria na taxa de sobrevivência hospitalar, uma diminuição na taxa de prevalência de *delirium* e uma diminuição do número de dias de ventilação mecânica.⁸⁻¹¹

No âmbito da letra “D” da *bundle* supracitada, o Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidades de Cuidados Intensivos (CAM-ICU), é a ferramenta aconselhada para avaliação do *delirium*, pois dentro das existentes para o efeito, é a que apresenta maior sensibilidade e especificidade.¹² Já na área da prevenção, a abordagem não farmacológica tem sido consistentemente demonstrada como a estratégia mais eficaz em doentes hospitalizados.¹³ Neste âmbito, destaca-se a mobilização precoce, a hidratação adequada, a melhoria do sono, a orientação no tempo e no espaço, as atividades terapêuticas para estimulação cognitiva e a otimização visual e auditiva, caso necessário.¹³

Durante o ano de 2015, num período de tempo igual ao do Estágio Final, 42.9% dos doentes desenvolveram *delirium* ao longo do internamento, numa UCI da Região Sul de Portugal. Já em 2016, este valor diminuiu para 38.1%, no mesmo espaço temporal, sem qualquer intervenção. Perante esta realidade, tem-se como principal objetivo, reduzir a taxa de prevalência desta perturbação nos doentes internados na referida UCI. Para tal criou-se um instrumento de trabalho sob a forma de fluxograma, que permite a identificação dos doentes com alto risco de

desenvolver *delirium*, aos quais são aplicadas medidas preventivas não farmacológicas (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma para prevenção do *delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos.



A intervenção supracitada enquadra-se na linha orientadora da Teoria das Transições de Meleis, pois o ser humano, devido a doença, não consegue experienciar o equilíbrio na interação com o meio, refletindo-se este aspeto na incapacidade para se adaptar e para se auto cuidar.¹⁴ É sobre esta incapacidade, que o enfermeiro desenvolve intervenções ajustadas a cada doente e respetiva família, de forma a promover respostas saudáveis para a transição.¹⁵ Assim, esta teoria de médio alcance, orienta a prática de enfermagem, permitindo ao enfermeiro um entendimento mais profundo do processo de transição saúde/doença e uma adoção de estratégias face à situação que está a ser vivenciada.¹⁵ A transição pode ser ou não desejada, e resultar ou não de uma escolha pessoal,¹⁴ conseguindo-se estabelecer uma ligação com o desenvolvimento de *delirium* no doente internado em cuidados intensivos.

Métodos

Desenvolveu-se um estudo descritivo, onde o tema estudado foi a redução da taxa de prevalência de *delirium* através da implementação de um modelo preditivo e de medidas preventivas, nos doentes internados numa UCI da Região Sul de Portugal. Tudo isto, após parecer positivo da Comissão de Ética e autorização do Concelho de Administração da instituição onde a pesquisa foi realizada. Este foi um estudo conduzido dentro dos padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsínquia e pela Direção-Geral da Saúde.

Foram consultados os dados estatísticos existentes, relativamente à percentagem de doentes com *delirium* nos dois últimos anos. Aos doentes admitidos durante o Estágio Final do Mestrado em Enfermagem, implementou-se o fluxograma construído [cálculo do PRE-DELIRIC → identificação dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium* → implementação da *bundle* ABCDEF, com ênfase na letra “D”, onde se fez a monitorização do *delirium* e a aplicação de medidas preventivas não farmacológicas]. Abordou-se apenas a letra “D” da *bundle* ABCDEF, por ser aquela que permite uma abordagem direta da perturbação em estudo. Este processo foi assegurado por um enfermeiro com treino nas diferentes ferramentas utilizadas. Os dados colhidos ao longo deste processo foram colocados numa tabela previamente construída (Tabela 1).

Como critérios de exclusão estabeleceu-se o tempo de internamento < 24 horas, uma pontuação < -3 na Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) mantida ao longo de todo o internamento e a existência prévia de alterações cognitivas. Com isto, fizeram parte da amostra 19 doentes (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de doentes incluídos no estudo.

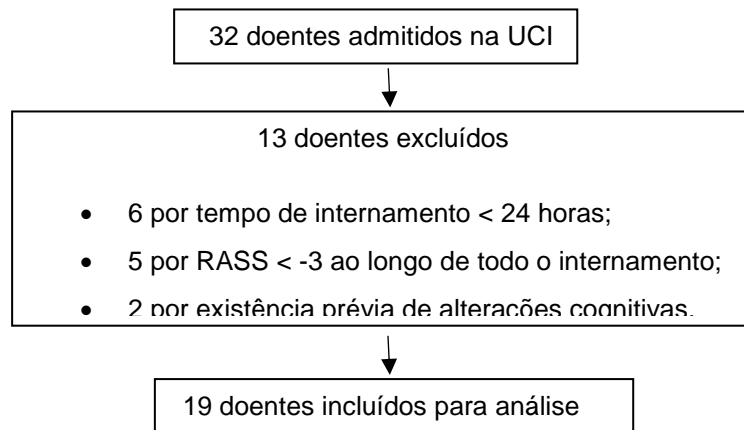


Tabela 1 - Dados dos doentes incluídos no estudo.

Idade	Sexo	Dias de ventilação mecânica	Dias de internamento na UCI	Sobrevivência na UCI	APACHE-II	PRE-DELIRIC (%)	Delirium
77	F	10	13	Sim	23	54	Presente
88	F	4	5	Sim	27	66	Ausente
48	F	0	2	Sim	18	38	Ausente
50	M	4	6	Sim	13	40	Presente
26	F	0	2	Sim	11	25	Ausente
56	F	15	15	Não	18	44	Ausente
84	M	1	2	Sim	19	51	Ausente
73	F	0	3	Sim	17	39	Ausente
50	F	3	10	Sim	34	72	Ausente
70	M	0	2	Sim	24	56	Ausente
84	M	1	3	Sim	16	74	Ausente
70	F	1	4	Sim	17	45	Ausente
52	M	5	7	Sim	23	68	Presente
55	F	1	2	Sim	22	21	Ausente
86	M	7	7	Não	19	40	Presente
58	F	3	4	Sim	31	61	Presente
60	M	10	10	Não	18	39	Ausente
43	M	6	8	Sim	13	28	Ausente
79	F	1	2	Sim	23	60	Ausente

M = masculino; F = feminino.

A avaliação do *delirium* foi feita com recurso ao CAM-ICU, bastando uma avaliação positiva ao longo do internamento para se considerar *delirium* presente.

Foram ainda colhidas variáveis como a idade, sexo, número de dias de ventilação mecânica e de internamento, sobrevivência ou não na UCI e valor de APACHE-II (Tabela 1).

Os dados colhidos foram analisados através do Microsoft Excel.

Resultados

Num total de 32 doentes admitidos na UCI durante o Estágio Final do Mestrado em Enfermagem, 13 foram excluídos. Assim, a amostra foi constituída por 19 doentes (Figura 2), cujas características demográficas e clínicas estão patentes na Tabela 2.

Tabela 2 - Características demográficas e clínicas dos doentes incluídos no estudo.

Variável	
Idade em anos, média (min/máx)	63.6 (26/88)
Sexo, <i>n</i> (%)	
Masculino	8 (42.1)
Feminino	11 (57.9)
Pontuação APACHE-II, média (min/máx)	20.3 (11/34)
PRE-DELIRIC \geq 50%, <i>n</i> (%)	9 (47.4)
Delirium presente, <i>n</i> (%)	5 (26.3)

min = mínimo; máx = máximo.

A média de idade dos doentes incluídos foi de 63.6 anos. 42.1% dos doentes em estudo eram do sexo masculino. O motivo mais frequente de exclusão foi o tempo de internamento inferior a 24 horas, seguido de uma pontuação RASS < -3 mantida ao longo de todo o internamento, sendo a percentagem total de excluídos de 40.6%.

A maioria dos doentes apresentou um PRE-DELIRIC entre os 30% e os 40%. Dos 9 doentes com PRE-DELIRIC \geq 50%, 3 desenvolveram a perturbação em estudo, enquanto que, em 6 dos casos isso não se verificou.

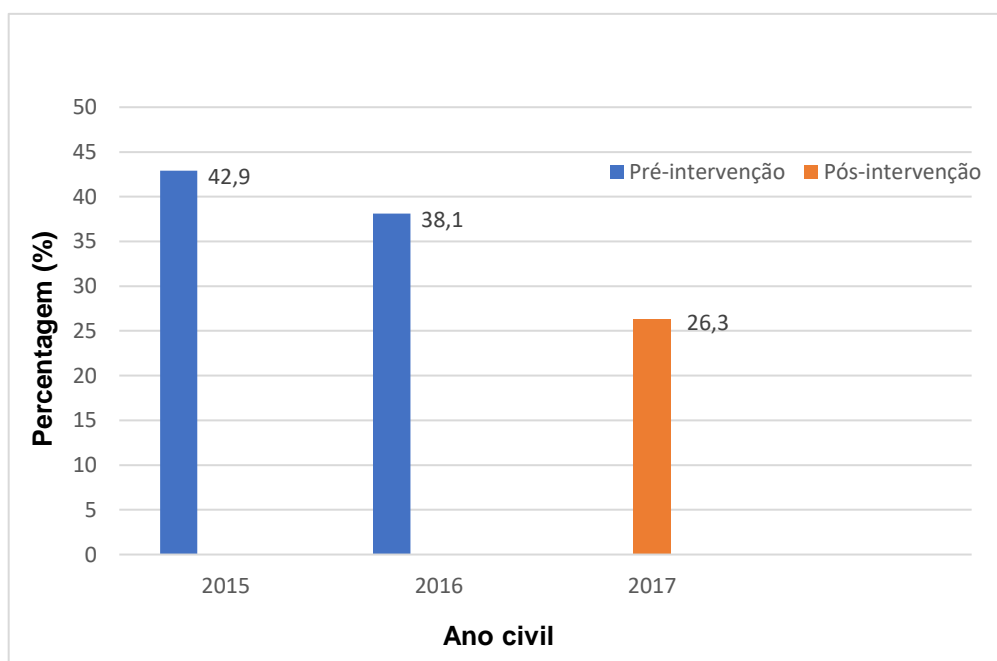
Dos doentes incluídos, 5 apresentaram *delirium*, o que corresponde a 26.3% da amostra. Destes, 3 tinham sido identificados como doentes com alto risco de desenvolver *delirium* (PRE-DELIRIC \geq 50%), enquanto que 2 tinham apresentado um PRE-DELIRIC $<$ 50%.

Na amostra em estudo, os doentes apresentaram uma média de 3.8 dias de ventilação mecânica e de 5.6 dias de internamento. O valor médio de APACHE-II foi de 20.3 e a taxa de mortalidade foi de 15.8%. Os 5 doentes que desenvolveram *delirium*, apresentaram mais dias de ventilação mecânica e de internamento.

Destes 5 doentes, 3 apresentavam um valor de APACHE-II superior à média da amostra em estudo e um deles faleceu.

A implementação das medidas não-farmacológicas no âmbito da letra “D” da *bundle* ABCDEF, por parte do enfermeiro, contribuiu para que, dos 9 doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, apenas 3 apresentassem esta perturbação. Com esta intervenção, a taxa de prevalência de *delirium* reduziu face a iguais períodos de anos anteriores (11.8% em relação ao período de 2016 e 16.6% em relação ao período de 2015), como se encontra patente no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCI.



Discussão

O *delirium* é uma perturbação cerebral aguda que pode atingir de 22% a cerca de 80% dos doentes internados em cuidados intensivos^{1,16}. No presente estudo, a taxa de prevalência desta perturbação foi de 26.3%, encontrando-se dentro do intervalo descrito, embora consideravelmente abaixo dos valores possíveis de atingir.

Este estudo revela que, os doentes que desenvolvem *delirium* ao longo do internamento em UCI, acabam por apresentar mais dias de ventilação mecânica e

um período de internamento mais longo, algo que vai de encontro a estudos prévios.^{2,3} Apesar desta associação a piores resultados clínicos, não ficou evidente a relação entre a presença de *delirium* e o aumento da taxa de mortalidade.

É recomendado que, o primeiro passo para prever a taxa de prevalência de *delirium*, seja o uso de um modelo preditivo.^{5,17} Neste âmbito, o PRE-DELIRIC mostra uma predição confiável e a sua utilização permite estratificar os doentes de acordo com o seu risco de desenvolver esta perturbação, sendo trabalhados apenas os que apresentam alto risco.^{4,17} Isto permite ao enfermeiro, implementar medidas preventivas de imediato e, consequentemente, melhorar o prognóstico destes doentes.^{4,5,17} Estas mais-valias fazem com que o uso diário do PRE-DELIRIC, na prática de cuidados intensivos, seja aconselhado.⁴ No presente estudo, apenas 3 dos 9 doentes com PRE-DELIRIC $\geq 50\%$ desenvolveram *delirium*, revelando um nível de predição correta inferior a estudos anteriores.^{17,18} Apesar disto, há que ressaltar que, a estes doentes com elevado risco de desenvolver *delirium*, foram implementadas medidas preventivas no sentido de tal não se verificar, o que pode justificar estes resultados.

Uma das variáveis necessárias ao cálculo do modelo PRE-DELIRIC é o APACHE-II, um sistema que classifica a gravidade da doença, no qual, um valor mais elevado corresponde a um quadro clínico mais grave.¹⁹ No presente estudo, a maioria dos doentes que apresentou *delirium* ao longo do internamento, tinha um valor de APACHE-II acima da média da amostra (20.3), podendo-se afirmar que, os doentes com uma situação clínica mais grave estão mais propensos ao desenvolvimento de *delirium*. Esta correlação já foi comprovada anteriormente.²⁰

A incorporação da evidência das *guidelines* para a gestão da dor, agitação e *delirium* na *bundle* ABCDEF, mostrou ter efeitos positivos, pois esta sistematização na abordagem ao doente crítico teve resultados como a diminuição da taxa de *delirium* e da taxa de mortalidade.⁹⁻¹¹

Apesar de neste estudo, apenas a letra “D” da referida *bundle* ter sido implementada, os resultados também foram positivos. A implementação de medidas preventivas não farmacológicas contribuiu para que, 6 dos doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, não viessem a apresentar esta perturbação. Existem estudos prévios, com resultados que estão em concordância com estes achados.^{9,11,13}

Como visto, a utilização da *bundle* ABCDEF em cuidados intensivos contribuiu para a melhoria dos resultados obtidos, mesmo não sendo implementada no seu todo. Assim sendo, o enfermeiro tem uma intervenção ativa neste aspeto pois possui autonomia para atuar em algumas áreas que constituem a *bundle*, como a monitorização do *delirium* com o CAM-ICU e a implementação de medidas preventivas não farmacológicas.

O *delirium* é um estado mental subvalorizado nas UCI mas que apresenta consequências graves, pelo que é necessário existir uma abordagem estruturada a estes doentes.¹⁸ Neste estudo, foi criado um fluxograma para prevenir o desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados na UCI e, consequentemente, reduzir a sua taxa de prevalência. O objetivo foi alcançado, o que permite afirmar que foi construído um instrumento de trabalho com relevância clínica. Ele foca-se em dois aspetos significativos, o modelo PRE-DELIRIC (previsão) e a *bundle* ABCDEF, com especial destaque para a letra “D” (prevenção). Tendo em conta a importância acima descrita, destes dois elementos, considera-se que a criação do fluxograma constitui um facto importante na construção de conhecimento. Isto enquadra-se no compromisso com a qualidade dos cuidados de saúde, o qual tem colocado aos enfermeiros, novas e desafiantes metas de desenvolvimento da disciplina e profissão de enfermagem, com o intuito de alcançar uma resposta adequada às necessidades existentes.²¹

Este estudo teve duas limitações significativas. Primeiramente, o curto período de tempo em que foi executado refletiu-se no tamanho da amostra. O facto de o número de doentes incluídos para análise ter sido reduzido, condiciona a generalização das conclusões obtidas. Em segundo lugar, a utilização das ferramentas de trabalho envolvidas no fluxograma construído (PRE-DELIRIC, CAM-ICU e *bundle* ABCDEF) implicam um profissional treinado no seu uso,^{5,22} o que fez com que todas as avaliações e intervenções ficassem a cargo de um único enfermeiro, uma vez que não existiam mais elementos com experiência na matéria. Este aspeto fez ainda com que, a implementação da letra “D” da *bundle* ABCDEF, não tenha sido assegurada diariamente tal como é recomendado.⁵

Sugerem-se estudos futuros que avaliem o impacto da utilização do modelo PRE-DELIRIC e do uso completo da *bundle* ABCDEF, na taxa de prevalência de *delirium* nos doentes em UCI, uma vez que ainda são escassos os dados neste âmbito.

Conclusões

O fluxograma construído pode ser utilizado, proveitosamente, num grupo de doentes internados numa UCI da Região Sul de Portugal. Ele permitiu identificar os doentes com alto risco de desenvolver *delirium*, aos quais foram aplicadas medidas preventivas não farmacológicas, levando à redução da taxa de prevalência desta perturbação mental. Assim, pode-se afirmar que o objetivo inicialmente definido, foi alcançado com sucesso. Tendo em conta os resultados obtidos com a aplicação do fluxograma criado, considera-se que este constitui um valor adicional à segurança do doente na prática diária e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo mostra que é importante o uso de um modelo preditivo do *delirium* em cuidados intensivos, o que, associado a uma prevenção precoce, traz benefícios para a práxis clínica. Assim, o modelo PRE-DELIRIC e a *bundle* ABCDEF, parecem ser elementos a incorporar na abordagem diária ao doente crítico.

O instrumento criado permite ao enfermeiro fazer uma abordagem sistematizada dos doentes, na vertente da prevenção do *delirium* em UCI. Esta intervenção tem o suporte teórico da Teoria das Transições de Meleis, a qual, para além de possibilitar a compreensão da transição pela qual o indivíduo passa num processo de doença, permite ao enfermeiro desenvolver competências para cuidar neste contexto.

Em termos de estratégias futuras, como forma de melhoria, pretende-se formar os restantes profissionais de enfermagem para que possam ser envolvidos neste projeto, colocando-o em prática mais fácil e frequentemente. Tenciona-se implementar a *bundle* ABCDEF no seu todo, com o envolvimento da equipa médica, de forma a potenciar os resultados obtidos. Planeia-se a introdução de medidas farmacológicas preventivas, com fármacos cujo benefício já foi cientificamente provado. É reconhecida a necessidade de implementar o fluxograma criado durante um maior período de tempo, conseguindo-se uma amostra mais significativa, para que assim, os resultados obtidos possam ser extrapolados e mais confiáveis.

Referências

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washinton, DC: American Psychiatric Association; 2013 [citado em dezembro de 2017]. Disponível em: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm5.pdf>
2. Hickin SL, White S, Knopp-Sihota J. Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher. Canadian Journal of Critical Care Nursing. 2017 [citado em dezembro de 2017]; 28(2):19-23. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=f4afec85-1dfa-4553-85b7-06561cef237f%40sessionmgr4007>
3. Smith CD, Grami P. Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically ill Patients. American Journal of Critical Care. 2017 jan [citado em dezembro de 2017]; 26(1):19-27. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=f4afec85-1dfa-4553-85b7-06561cef237f%40sessionmgr4007>
4. Boogaard M, Pickkers P, Slooter AJC, Kuiper MA, Spronk PE, Voort PHJ, et al. Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. BMJ. 2012 fev [citado em dezembro de 2017]; 344:e420. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e420.full.pdf>
5. Wassenaar A, Boogaard M, Achterberg T, Slooter AJC, Kuiper MA, Hoogendoorn ME, et al. Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. Intensive Care Med. 2015 [citado em dezembro de 2017]; 41:1048–1056. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477716/pdf/134_2015_Article_3777.pdf
6. Wassenaar A, Schoonhoven L, Devlin JW, Haren FMP, Slooter AJC, Jorens PG, et al. Delirium prediction in the intensive care unit: comparasion of two delirium prediction models. Encontra-se em fase de aprovação para o Critical Care Medicine.
7. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine. 2013 jan [citado em dezembro de 2017]; 41(1):263-306. Disponível em:

<http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf>

8. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. 2017 [citado em dezembro de 2017]; 33:225-243.

DOI: 10.1016/j.ccc.2016.12.005

9. Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW. Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients*. Critical Care Medicine. 2017 fev [citado em dezembro de 2017]; 45(2):171-178.

DOI: 10.1097/CCM.0000000000002149

10. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, Shostrom V, Cohen MZ, et al. Effectiveness and Safety of the Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring/Management, and Early Exercise/Mobility (ABCDE) Bundle. Crit Care Med. 2014 may [citado em dezembro de 2017]; 42(5):1024–1036. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105208/pdf/nihms594879.pdf>

11. Bounds M, Kram S, Speroni KG, Brice K, Luschinski MA, Harte S, et al. Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive Care Unit Patients. American Journal of Critical Care. 2016 nov [citado em dezembro de 2017]; 25(6):535-544. DOI: 10.4037/ajcc2016209

12. Luetz A, Heymann A, Radtke FM, Chenitir C, Neuhaus U, Nachtigall I, et al. Different assessment tools for intensive care unit delirium: Which score to use? Crit Care Med. 2010 fev [citado em janeiro de 2018]; 38(2):409-18.

DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181cabb42

13. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons - Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017 set [citado em dezembro de 2017]; 318(12):1161-1174. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=e3a0d861-aea8-4b69-884f-c2868db87c7c%40sessionmgr120>

14. Meleis AI. Transitions Theory. New York: Springer Publishing Company; 2010 [citado em janeiro de 2018]. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

15. Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Adv Nurs Sci. 2000 [citado em

janeiro de 2018]; 23(1):12–28. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=e3a0d861-aea8-4b69-884f-c2868db87c7c%40sessionmgr120>

16. Porte R, McClure J. Sedation and delirium in the intensive care unit. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 2013 [citado em janeiro de 2018]; 14(1):22-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.11.007>

17. Chen Y, Du Hang, Wei B, Chang X, Dong C. Development and validation of risk-stratification delirium prediction model for critically ill patients - A prospective, observational, single-center study. *Medicine*. 2017 [citado em janeiro de 2018]; 96:29(e7543). Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5521913/pdf/medi-96-e7543.pdf>

18. Paton L, Elliott S, Chohan S. Utility of the PRE-DELIRIC delirium prediction model in a Scottish ICU cohort. *Journal of the Intensive Care Society*. 2016 [citado em janeiro de 2018]; 17(3): 202–206. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606522/pdf/10.1177_1751143716638373.pdf

19. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman, JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985 out [citado em janeiro de 2018]; 13(10):818-29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3928249>

20. Pei X, Yu H, Wu Y, Zhou X. Correlation between APACHE II scores and delirium probability of senile severe pneumonia patients undergoing invasive mechanical ventilation. *Chinese Critical Care Medicine*. 2017 set [citado em janeiro de 2018]; 29(9):821-824.
DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2017.09.011

21. Mendonça S, Basto ML, Ramos A. Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação crítica: revisão sistemática da literatura. *RIASE*. 2016 dez [citado em janeiro de 2018]; 2(3):754-773. Disponível em:
http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/155/273

22. Boogaard M, Schoonhoven L, Maseda E, Plowright C, Jones C, Luetz A, et al. Recalibration of the delirium prediction model for ICU patients (PRE-DELIRIC): a multinational observational study. *Intensive Care Med*. 2014 [citado em janeiro de 2018]; 40:361–369. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&sid=e3a0d861-aea8-4b69-884f-c2868db87c7c%40sessionmgr120>

ANEXOS

Anexo A – *Checklist* do material de cada unidade

Check-List da Unidade dos Doentes

Na Prateleira superior

- ☐ 1/2 Pacote de compressas não esterilizadas
- ☐ 1 Seringa de 100 cc
- ☐ 15 Luvas esterilizadas de aspiração
- ☐ 3 Campos esterilizados de aspiração
- ☐ 8 Soros fisiológicos de 10 cc
- ☐ 1 Conexão em T estéril (na admissão)
- ☐ 1 Sistema de aspiração de mucosidades (na admissão)
- ☐ 1 Tubo orofaríngeo
- ☐ 1 Roio de adesivo de 2,5 cm
- ☐ 1 Swivel
- ☐ 1 Filtro humidificador
- ☐ 1 Filtro bacteriano
- ☐ 1 Contentor de corto-perfurantes
- ☐ 1 Copo para creme
- ☐ 1 Frasco de álcool a 70°

Na Gaveta

- ☐ 6 Seringas de 10 cc
- ☐ 6 Agulhas de diluição
- ☐ 10 Eléctrodos de monitorização
- ☐ 3 Torneiras de três vias
- ☐ 3 Tampas de cateter
- ☐ 1 Máscara N° 4 para insuflador manual
- ☐ 1 Cabo completo de ECG
- ☐ 1 Cabo completo de oximetria de pulso
- ☐ 1 Cabo de pressão arterial não invasiva
- ☐ 1 Braçadeira de pressão arterial não invasiva
- ☐ 1 Termómetro

Observações/Anomalias:

Na Prateleira inferior

- ☐ 1 Urimeter
- ☐ 1 Pac. de luvas não esterilizadas
- ☐ 1 Pacote de luvas de plástico
- ☐ 3 Resguardos de celulose
- ☐ 4 Pac. Compressas esterilizadas 10x10 cm
- ☐ 2 Pensos transparentes
- ☐ 6 Pensos de cateter 6,5x5
- ☐ 3 Pensos de cateter 10x12,5
- ☐ 1 Par de luvas esterilizadas
- ☐ 1 Saco coletor

No suporte

- ☐ 6 Sondas de aspiração de secreções N° 14 (verdes)
- ☐ 6 Sondas de aspiração de secreções N° 16 (laranjas)
- ☐ 1 Insuflador manual (ambu) com filtro bacteriano

Na célula do doente

- ☐ 1 Cama
- ☐ Cortinas separadoras
- ☐ 2 Contentores de resíduos hospitalares do grupo I e II
- ☐ 1 Contentor de resíduos hospitalares do grupo III
- ☐ 6 Ganchos de suportes para soros
- ☐ 4 Bombas infusoras de fluidos
- ☐ 4 Seringas perfusoras
- ☐ Sistema de vácuo (montado e testado)
- ☐ Sistema de oxigénio (montado e testado)
- ☐ Frasco de álcool a 70° (500ml)

Ventilador (enfermeiro)

- ☐ Montado por _____ em _____
- ☐ Testado por _____ em _____

Realizada por AO _____ em _____

Conferido por Enf. _____ em _____

Fonte: UCIP, HESE-EPE

Anexo B – *Checklist* de colocação de cateter venoso central

Unidade de Cuidados Intensivos

Checklist para cateterização venosa central

O preenchimento e verificação da *checklist* é da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente.

O enfermeiro tem poderes para interromper o procedimento se verificar qualquer desvio em qualquer dos passos que constituem a *checklist*.

Checklist	Sim	Sim com aviso	Comentários
Antes do procedimento o médico:			
Comunicou a intenção de colocar CVC			
Assegurou-se de que o enfermeiro está disponível			
Assegurou supervisão (se necessário)			
Lavagem/higienização das mãos segundo protocolo			
Uso de máscara, gorro, bata e luvas esterilizadas			
Todos os presentes na "bolha" com máscara e gorro			
Posição adequada do doente (para o tórax: trendelenburg)			
Desinfecção do local de inserção (cloro-hexidina)			
Permissão de secagem do local de inserção (1-3 min.)			
Colocação de campo esterilizado de grandes dimensões			
Uso de anestesia local ou sedação			
Durante o procedimento o médico:			
Manteve o campo esterilizado/técnica asséptica			
Registo do número de picadas:			
Pediu ajuda após 3 picadas sem sucesso			
Registo de locais tentados:			
Registo da veia final cateterizada:			
Tipo de cateter colocado:			
Aspirou sangue de todos os lumens (para verificar colocação correcta do cateter e prevenir embolia gasosa) e lavou todos os lumens			
Depois do procedimento o médico ou enfermeiro:			
Procedeu à limpeza do sangue do local de inserção com SF			
secagem e colocação de penso esterilizado			
Verificação do posicionamento com RX			

Complicações ocorridas durante o procedimento:

- Pneumotorax _____
- Migração do cateter _____
- Punção arterial inadvertida _____
- Suspeita de embolia gasosa _____

Médico: _____ Enfermeiro: _____ Médico supervisor: _____

Data: ____/____/____

Nº UCI: _____

Colar aqui vinheta do doente

Por favor entregar a um dos membros do
Grupo de trabalho de controlo da infecção

Fonte: UCIP, HESE-EPE

Anexo C – Precauções dependentes das vias de transmissão dos microrganismos

	Básicas	Contacto	Gotículas	Via Aérea
Situação Clínica	Todos os Doentes	Microrganismos multirresistentes, diarreia, exsudado de feridas	Secreções respiratórias; incluindo infecções desconhecidas, antes da identificação do MO**	Tuberculose pulmonar ou laringea, confirmada ou suspeita; varicela, sarampo
Quarto Preferencial	Individual	Individual Consultar CCI para coorte	Individual Consultar CCI para coorte Separação espacial de doentes a 1 metro	Individual Quarto com pressão negativa, porta fechada
Luvas	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Colocar antes de entrar no quarto	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado
Máscara	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou potenciais aerossóis de secreções respiratórias	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou potenciais aerossóis de secreções respiratórias	Colocar antes de entrar no quarto	Usar respirador de partículas (PFRP2)
Bata	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Colocar antes de entrar no quarto	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado
Higiene das Mãos (OMS)	Antes do contacto com o doente Antes de realizar um procedimento limpo / asséptico Após risco de exposição a fluidos orgânicos Após contacto com o doente Após contacto com o ambiente do doente			

CCI - Comissão de Controlo de Infecção, dezembro 2012

* Ref.: HICPAC/CDC Guidelines, 2007

** MO - microrganismo

Adenovírus (pneumonia)	Papeira
Aspergilose (Aspergillosis pp)	Parvovírus B19 (eritema infeccioso)
C-diff - <i>Clostridium difficile</i>	Pediculose / Escabiose (sarna)
CMV - Citomegalovírus	Sarampo, Rubéola
Doença meningocócica; sépsis, pneumonia, meningite	TB - <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (doença pulmonar ou laringea, confirmada ou suspeita)
Hepatites A, B, C, D, E, G	Tosse Convulsa
Herpes Zoster (varicela zoster) doença disseminada	Varicela
Herpes Zoster (varicela zoster) doença localizada	VHS - Vírus Herpes Simplex (encefalite, oral, pele, genital)
Influenza	VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
MOMR - Microrganismos multirresistentes (MRSA, VRE, ESBL, VISA/VRSA, S. pneumoniae resistente)	Vírus Parainfluenza (crianças)
	VSR - Vírus Sincicial Respiratório

■ Básicas ■ Contacto ■ Gotículas ■ Via aérea

CCI - Comissão de Controlo de Infecção, dezembro 2012

Fonte: HESE, EPE

Anexo D – Os 5 momentos da higienização das mãos

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS



Fonte: DGS (2010b)

Anexo E – Passos a cumprir para uma correta lavagem das mãos

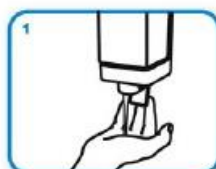
Lavagem das mãos



Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



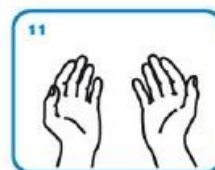
Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



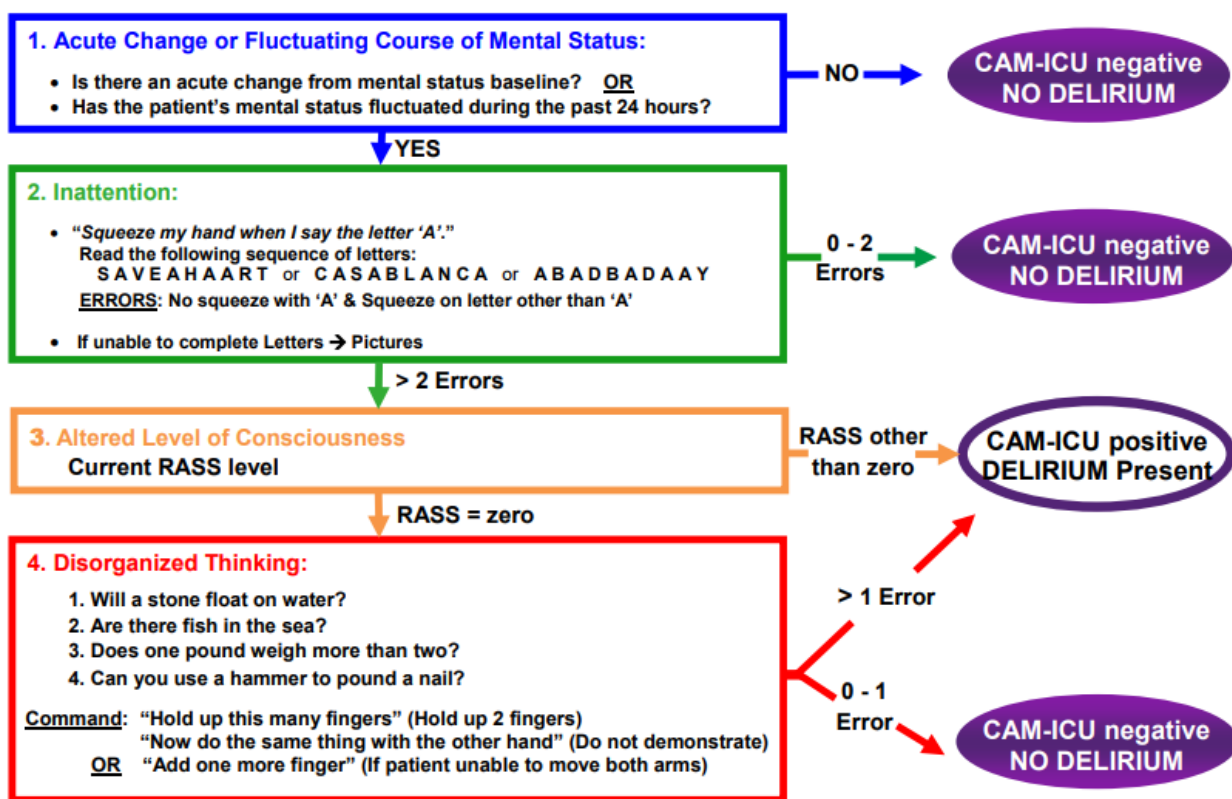
Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

Anexo F - Método de avaliação da confusão mental para unidade de cuidados intensivos


Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Flowsheet



Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved

Fonte: ICU Delirium (2018)

Anexo G – Proposta de projeto de estágio

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: 2017 / 2018
--	---	--

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

☐ Aprovado
☐ Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____
Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO *(A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)*

Data: _____
Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Rita Isabel Coelho Pinheiro
Número: 36806

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Ciclo de Estudos: ☐ 3.º Ciclo ☒ 2.º Ciclo ☐ Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 926881619
E-mail: ritacoelhopenheiro@gmail.com

5. PROPOSTA

☒ Entrega de 1.º Projeto
☐ Entrega de Projeto Reformulado
☐ Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

☐ Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

☐ 6.
☐ 7.
☐ 8.
☐ 9.
☐ 10.
☐ 11.
☐ 12.
☐ 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Delirium no doente em unidade de cuidados intensivos – da previsão à prevenção.

Título em Inglês:

 Delirium in intensive care unit patients – from prediction to prevention.

[IMPRIMIR EM FRENTE E VERSO]

Modelo: T-005-1 UE/SAC

7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
--	---

9. ORIENTAÇÃO *(Anexar declaração(ões) de aceitação)*

Nome: João Manuel Galhanas Mendes
 Universidade/Instituição: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
 N.º Identificação Civil: 04870629 9 ZY0 _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☒ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____
 Telef.: 965394291 _____ E-mail: jmendes@uevora.pt _____ ID ORCID: 0000-0002-4054-8260 _____

Nome: Maria do Céu Mendes Pinto Marques _____
 Universidade/Instituição: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus _____
 N.º Identificação Civil: 06977330 _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☒ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____
 Telef.: 965656710 _____ E-mail: mcmarques@uevora.pt _____ ID ORCID: 0000-0003-2658-3550 _____

Nome: _____
 Universidade/Instituição: _____
 N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____
 Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Área Disciplinar (Área FOS) *(ver Anexo 1)*: Ciências da Saúde
 Palavras-chave *(5 palavras)*: Delirium; modelos preditivos; medidas preventivas.

11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Importância da implementação de medidas preventivas na taxa de prevalência do *delirium*, em unidades de cuidados intensivos. O objetivo principal deste projeto é diminuir a taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).

12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

Em anexo.

13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO *(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)*

14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</i> <input type="checkbox"/> Outros: _____	15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE <p>Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p> <p style="text-align: center;">Data _____ Assinatura _____</p>
---	---

16. RESERVADO AOS SERVIÇOS

Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
---	---	--------------

Anexo H – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome:

Email: m36806@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36806

Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Delirium no doente em unidade de cuidados intensivos – da previsão à prevenção.

Nome dos investigadores:

Rita Isabel Coelho Pinheiro

Nível da Investigação:

Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professor Doutor João Manuel Galhanas Mendes e Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Hélder Filipe Mendes Godinho

Resumo / Abstract:

O DSM-5 refere que o delirium é caracterizado pela perturbação da atenção, da consciência e da cognição, salientando ainda que, a sua prevalência em doentes internados em unidades de cuidados intensivos pode atingir os 87%. Perante isto, a prevenção desta disfunção torna-se fulcral. Foi neste sentido que se criaram os modelos preditivos do delirium, os quais permitem identificar precocemente os doentes que tem uma maior predisposição para o desenvolvimento desta perturbação. Isto facilita a implementação de medidas preventivas não farmacológicas nos doentes de alto risco. Atualmente existem dois modelos preditivos do delirium validados, o PRE-DELIRIC e o E-PRE-DELIRIC. Em 2015 surge o Decision Study, estudo cujo objetivo principal foi comparar os dois modelos e concluir qual o que faz uma predição mais correta. Os resultados foram divulgados em setembro de 2017 e o PRE-DELIRIC foi o modelo que revelou um maior nível de confiabilidade.

Em 2013 foram atualizadas as guidelines para a gestão da dor, agitação e delirium. Com o objetivo de se cumprir o que é recomendado nestas guidelines veio a criar-se a bundle ABCDEF, em que a letra "D" corresponde à avaliação, prevenção e gestão do delirium.



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Rita Isabel Coelho Pinheiro
Email: m36806@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36806
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Fundamentação e pertinência do estudo:

A presença de delirium nos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) é uma realidade. Esta é uma perturbação que leva a um aumento dos dias de internamento, do tempo de ventilação mecânica, dos custos, da mortalidade e a um compromisso cognitivo e funcional a longo prazo. Perante isto, o projeto em causa pretende reduzir a taxa de prevalência de delirium nos doentes internados na UCIP. Para tal, pretende-se construir um instrumento de trabalho sob a forma de fluxograma, que inclua a identificação dos doentes com alto risco de desenvolver delirium (previsão) e a consequente implementação de medidas preventivas (prevenção), explicitando-as. Assim sendo, o fluxograma terá início no modelo preditivo PRE-DELIRIC. Aos doentes com um PRE-DELIRIC $\geq 50\%$ (doentes com alto risco de vir a desenvolver delirium) será implementada a bundle ABCDEF, dando-se especial destaque à letra "D" onde a avaliação do delirium será feita através do Método de Avaliação da Confusão Mental em Unidades de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) e a prevenção ocorrerá através de uma série de medidas preventivas não-farmacológicas cuja eficácia já foi comprovada cientificamente. Desta forma, ficará estruturada a abordagem do delirium em termos de prevenção, na UCIP do HESE, contribuindo para ganhos em saúde.

Objetivos:

Objetivo geral: Reduzir a taxa de prevalência de delirium nos doentes internados na UCIP.

Objetivos específicos: Estruturar a abordagem do delirium na UCIP, no âmbito da prevenção; facilitar a introdução das medidas preventivas do delirium na prática diária; contribuir para a diminuição das consequências associadas ao delirium.

Seleção da amostra:

Doentes internados na UCIP entre 1 de novembro e 22 de dezembro do corrente ano.

Procedimentos metodológicos:

A principal tarefa a realizar é a construção do fluxograma relativo à abordagem do delirium em termos de prevenção. Após a sua implementação será feita a monitorização desta perturbação nos diferentes doentes envolvidos e



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Rita Isabel Coelho Pinheiro
Email: m36806@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36806
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

posteriormente feita a comparação entre a taxa de prevalência de delirium obtida e aquela que foi registada em períodos de anos anteriores. A monitorização do delirium, será feita através do CAM-ICU.

Instrumentos de avaliação:

- Modelo preditivo do delirium, PRE-DELIRIC;
- CAM-ICU;
- Fluxograma construído.

Como serão recolhidos os dados:

A recolha dos dados será feita mediante a consulta do processo clínico e a implementação do fluxograma construído, sem identificação do doente.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

A cada doente incluído neste projeto será atribuído um número (1, 2, 3...) para organização do investigador. Assim, os dados colhidos não permitirão identificar o doente em causa, estando o anonimato e a confidencialidade assegurados.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

- Barnes-Daly, M., Phillips, G. & Ely, E. (2017). Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients. *Critical Care Medicine*, 45, 171-178.
- Marra, A., Ely, E., Pandharipande, P. & Patel, M. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*, 33, 225-243.
- Pincelli, E., Waters, C. & Hupsel, Z. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 60, 131-139.
- van den Boogaard, M., Pickkers P., Slooter, A., Kuiper, M., Spronk, P., van der Voort, P., et al. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC delirium prediction model for intensive care patients. *BMJ*, 344: e420.
- Wassenaar, A., van den Boogaard, M., van Achterberg, T., Slooter, A., Kuiper, M., Hoogendoorn, M., et al. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Med*, 41, 1048-1056.



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Rita Isabel Coelho Pinheiro
Email: m36806@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36806
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Tendo em conta que a implementação deste projeto não implica a identificação dos doentes, a declaração do consentimento informado não se aplica.



Documento

1 8 0 5 2

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.^a Doutora Maria de Fátima Jorge, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Delirium no doente em unidade de cuidados intensivos – da previsão à prevenção*" da investigadora **Rita Isabel Coelho Pinheiro** (mestranda) e Prof. Doutor João Manuel Galhanas Mendes (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética do HESE-EPE

Para o Prof. Dr. João Manuel Varela
com as informações

JChora 1289
18.10.2017

José Chora
Enfermeiro Director

Exma Direção do Conselho de Administração do
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E

Autorizado
JChora 1289
José Chora
Enfermeiro Director
2.02.2018

Para a Comissão Ética
JChora 1289
26.10.2017

José Chora
Enfermeiro Director

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Rita Isabel Coelho Pinheiro, enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com o n.º mecanográfico 3211, venho por este meio solicitar autorização para a implementação do projecto intitulado "Delirium no doente em unidade de cuidados intensivos - da previsão à prevenção", no serviço acima referido. Este projecto surge no âmbito no estágio final do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação na vertente de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Universidade de Évora.

Em anexo encontra-se o formulário preenchido para pedido de parecer à comissão de ética.

Recebi por o pedido formalmente
à Comissão de Ética da Universidade
de Évora

20.11.16
Comissão de Ética
Rita Pinheiro

Tratando-se
Nada a opor.
Meio bastante para a
melhoria de qualidade
de cuidados prestados
a este setor.

M.ª Manuel Varela
13.10.17

Évora, 18 de Outubro de 2017

Nada a opor
à Comissão de Ética
Rita Pinheiro

Rita Pinheiro
(Rita Pinheiro)

Enf.ª Responsável UCI

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { em 18.10.17 N.º 1852
	RESPONDIDO { em N.º

**PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE
ÉVORA EPE**

Nome: Rita Isabel Coelho Pinheiro

na qualidade de profissional de saúde, solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

RESUMO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Universidade de Évora, será realizado estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) entre 18 de setembro de 2017 e 27 de janeiro de 2018. Deste estágio consta a implementação de um projeto, intitulado “*Delirium* no doente em unidade de cuidados intensivos – da prevenção à prevenção”, cujo principal objetivo é a redução da taxa de prevalência de *delirium* nos doentes internados na UCIP. O DSM-5 refere que o *delirium* é caracterizado pela perturbação da atenção, da consciência e da cognição, salientando ainda que, a sua prevalência em doentes internados em unidades de cuidados intensivos pode atingir os 87%. A presença de *delirium* leva a um aumento dos dias de internamento, do tempo de ventilação mecânica, dos custos, da mortalidade e a um compromisso cognitivo e funcional a longo prazo. Perante isto, a prevenção desta disfunção torna-se fulcral. Neste sentido, pretende-se criar um instrumento de trabalho (fluxograma) que terá origem no cálculo do modelo preditivo do *delirium*, PRE-DELIRIC, sendo assim possível identificar os doentes com alto risco de desenvolver *delirium*. A estes doentes será aplicada a *bundle* ABCDEF, criada com base nas *guidelines* de gestão da dor, agitação e *delirium* atualizadas em 2013. Nesta *bundle* será dado destaque à letra “D” que representa a avaliação e prevenção do *delirium*. A avaliação será feita mediante o Método de Avaliação da Confusão Mental em Unidades de Cuidados Intensivos (CAM-ICU), já implementado na UCIP, e a prevenção será feita através da implementação de diversas medidas preventivas, de acordo com a evidência científica mais recente.



Problemas que se colocam:

-A população alvo deste projeto são os doentes internados na UCIP;

-A implementação deste projeto implica a recolha de dados como idade; grupo diagnóstico; se a admissão na UCIP foi ou não emergente; se foi administrada morfina; se existe infeção, coma ou acidose metabólica; se foi utilizada sedação; valor da ureia e do APACHE-II. Todos estes dados são necessários para o cálculo do modelo preditivo PRE-DELIRIC.

Nota: O anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos será assegurada. A implementação do projeto não necessita que os doentes sejam identificados e os dados colhidos também não permitem a sua identificação.

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

Pretende-se saber se existe algum impedimento do ponto de vista ético para a implementação do projeto em causa, face aos elementos fornecidos.

O requerente

____/____/____



Anexo J – Folha de cálculo do PRE-DELIRIC

MODELO PRE-DELIRIC

Cole aqui a vinheta do doente e registre o n.º UCIP

Variável preditiva

Idade

81

Idade em anos

Grupo diagnóstico

medica

1 Diagnóstico principal

Admissão urgente

sim

1 Admissão não planeada

Administração de morfina

sem morfina

0 Dose de morfina administrada em 24 horas

Infecção

sem infecção

0 Infecção comprovada ou suspeita forte para terapêutica antibiótica

Coma

coma por outra causa

Coma por outra causa (Hemorragia intracerebral, post-ressuscitação, etc.)
2 Coma por causa combinada: medicação + por outra causa

Sedação

sim sedação

1

Ureia

24

Valor mais elevado de ureia no sangue nas primeiras 24 horas após hospitalização (**mmol/L**)
(Só utilizar valores inteiros!)

Acidose metabólica

com acidose metabólica

1 pH<7,35 com bicarbonato <24 mmol/L

Pontuação APACHE-II

36

Calculada 24 horas após o internamento

Risco de delirium do doente

65%



clique para determinar a
probabilidade de desenvolver delirium

